

DE LA
CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE D'URGENCE

— OPÉRATION DE PONCET —

ET PLUS PARTICULIÈREMENT DE SES INDICATIONS

— Prostatisme. — Tumeurs inopérables de la Vessie. — Rétrécissement de l'Urètre. —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN FAURE

Né le 9 Novembre 1872, à Rouvenac (Aude)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.

« En cas d'urgence, il n'y a pas, il n'y a plus à choisir :
avec l'opération, guérison immédiate, avec les moyens
dilatatoires, la mort à brève échéance. »

DIDAY.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DE LA
CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE D'URGENCE

— OPÉRATION DE PONCET —

ET PLUS PARTICULIÈREMENT DE SES INDICATIONS

— Prostatisme. — Tumeurs inopérables de la Vessie. — Rétrécissement de l'Urètre. —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN FAURE

Né le 9 Novembre 1872, à Rouvenac (Aude)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.

« En cas d'urgence, il n'y a pas, il n'y a plus à choisir :
avec l'opération, guérison immédiate, avec les moyens
dilatatoires, la mort à brève échéance. »

DIDAY.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN.	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYEN.
DEVIC.	ROLLET	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (A.), Assesseur; MM. CURTILLET et SIRAUD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux civils et militaires.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à cœur d'adresser nos remerciements à tous ceux qui nous ont porté quelque intérêt, témoigné de la sympathie ou aidé de leurs conseils.

M. le professeur Poncet, après nous avoir enseigné pendant deux semestres passés dans son service le peu de chirurgie que nous savons, a bien voulu nous donner l'idée première de ce travail. Il nous a toujours reçu avec la plus grande amabilité, ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils. Et maintenant encore, il nous fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons jamais les bontés dont nous a comblé ce Maître si éminent, à qui nous sommes heureux d'offrir ici en même temps que nos sincères remerciements l'expression de notre plus vive reconnaissance.

MM. les professeurs agrégés Rollet et Curtillet dont nous avons suivi aussi avec profit les leçons cliniques nous ont aidé de leurs conseils et ont mis à notre

disposition quelques observations. Nous les prions de croire à la sincérité de notre gratitude.

Nos premiers maîtres de la Faculté de Montpellier, MM. les professeurs Ville et Granel, ont été pour nous, au début de nos études médicales, des guides bienveillants ; nous leur adressons nos remerciements pour la sollicitude qu'ils nous ont constamment montrée.

Nous remercions aussi nos maîtres des hôpitaux civils et militaires, et plus particulièrement M. le médecin major Sieur, répétiteur à l'Ecole du Service de santé militaire, qui a mis à notre disposition, avec la plus grande amabilité, une observation très intéressante.

Merci enfin à ceux de nos camarades de promotion qui nous ont témoigné quelque sympathie. Que ceux d'entre eux qui nous ont prodigué pendant trois années d'école les marques d'une amitié sincère soient assurés de notre entier dévouement.

J. F.

INTRODUCTION

Par cystostomie sus-pubienne d'urgence, il faut entendre comme le nom l'indique, la création méthodique d'un méat sus-pubien nécessitée par des accidents d'une gravité telle, soit au point de vue fonctionnel, soit au point de vue des dangers encourus par le malade que toute temporisation doit être rejetée. Ce sont des faits de ce genre qui avaient particulièrement frappé M. Poncet et qui furent au début le point de départ de ses recherches sur la création méthodique d'un urètre sus-pubien chez les prostatiques. La première opération de M. Poncet remonte à l'année 1888, et dans sa première communication sur cette nouvelle opération à la Société de médecine de Lyon, en 1889, se trouvent précisément relatées plusieurs observations dans lesquelles la cystostomie d'urgence s'imposait. Depuis lors, soit dans les thèses de ses

élèves, Bonan (1892), Lagoutte (1894), soit dans diverses publications ou discussions devant les sociétés savantes, il s'est efforcé, après avoir nettement indiqué le manuel opératoire de son opération, d'en préciser les indications.

Ses indications, pour le dire immédiatement, découlent des contre-indications des autres modes de traitement employés jusqu'alors. M. Poncet et les nombreux chirurgiens qui l'ont suivi dans l'application de la cystostomie, en ont depuis considérablement agrandi le champ des indications. Il nous a cependant semblé utile de revenir sur un tel sujet et de montrer qu'il était des circonstances où, chez des urinaires gravement atteints, il n'est pas plus permis d'hésiter que dans d'autres opérations d'urgence, que dans le cas, par exemple, de hernie étranglée, ou la kélotomie, toute manœuvre de taxis étant systématiquement laissée de côté, doit être pratiquée dans le plus bref délai possible.

A l'heure actuelle, l'opération de Poncet qui est entrée dans la pratique courante a été pratiquée un assez grand nombre de fois, pour qu'il nous soit possible non pas seulement d'en apprécier la valeur thérapeutique générale qui est du reste indiscutable, mais encore de séparer des faits dissemblables et d'examiner avec des observations nombreuses dans quelles éventualités cette intervention chirurgicale devient réellement urgente.

Notre but dans ce travail, est donc d'appeler l'attention des médecins et des chirurgiens, en un mot de tous les

praticiens, sur la nécessité de recourir dans des cas bien déterminés à la cystostomie sus-pubienne. Nous ne décrivons pas de nouveau le manuel opératoire aujourd'hui classique de cette opération, nous nous contenterons de renvoyer pour cette question à la description complète qu'en a faite M. Poncet dans la *Semaine médicale* (1893) et qui est exposée dans les thèses de Lyon précitées de Bonan et de Lagoutte.

Qu'il nous suffise de faire remarquer en passant que cette opération d'une exécution facile doit être considérée comme étant tout à fait sans gravité. Ici encore, comme dans une hernie étranglée où le pronostic de la kélotomie relève exclusivement de l'intestin et non de l'opération, celui de la cystostomie sus-pubienne dépend non moins exclusivement de l'état des voies urinaires, de la gravité de l'infection, etc., et non de l'acte opératoire.

Cette affirmation de la bénignité de l'opération de Poncet, n'est pas du reste une vue de l'esprit, car dans les nombreuses observations que nous avons dépouillées, le malade opéré, nous n'avons pas vu une seule fois la cystostomie incriminée comme ayant été la cause d'accidents plus graves, d'accidents mortels. Aussi pensons-nous avec M. Poncet que c'est malgré l'opération et non de son fait que la mort est survenue.

Dans un premier chapitre, nous étudierons les indications que nous considérons comme urgentes de la cystostomie et qui relèvent le plus souvent de deux ordres de causes

parfois isolées, mais aussi souvent associées : *Causes mécaniques sans infection générale, avec asepsie relative des voies urinaires ; causes générales relevant d'une infection plus ou moins rapide et devant être considérée comme mettant à brève échéance les jours du malade en danger.*

Nous suivrons du reste dans cet exposé, en ce qui concerne les prostatiques, le plan adopté par M. Poncet dans la *Gazette hebdomadaire*, 1894, et par M. Lagoutte dans son important mémoire sur les résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne (*loc. cit.*)

Dans un deuxième chapitre, nous rechercherons comment agit la cystostomie sus-pubienne, et par quel mécanisme elle permet seule de conjurer des complications dont la gravité est bien connue.

Le troisième chapitre rappellera quelques-uns des procédés uniquement employés autrefois et encore aujourd'hui, selon nous trop souvent mis en pratique, nous voulons parler des ponctions de la vessie et de la sonde à demeure.

Enfin notre quatrième chapitre comprendra l'exposé des observations dont l'analyse nous permettra de formuler des conclusions basées sur l'expérience clinique.

Nous diviserons naturellement nos observations en différents groupes répondant à leurs indications. Ici encore le *non numerandæ sunt observationes, sed pendendæ* est de toute nécessité si l'on veut judicieusement apprécier la valeur de l'opération que nous proposons.

C'est ainsi par exemple que l'on ne saurait placer dans le même cadre les cystostomies pratiquées chez les prostatiques indemnes d'intoxication urinaire, sans lésion rénale, etc., et les cystotomies nécessitées par des accidents infectieux parfois d'une rapidité et d'une gravité extrêmes.

Nous avons du reste en vue dans notre thèse, la cystostomie d'urgence justifiée non seulement par des accidents prostatiques, mais aussi la cystostomie en dehors de tout prostatisme, chez certains rétrécis (Rollet, Poncet), chez les malades atteints d'hématuries abondantes, d'hématocèles vésicales, etc., enfin la cystostomie dans les cas de tumeurs inopérables, de cancers de la prostate, par exemple.

Nous laisserons systématiquement de côté la cystostomie sus-pubienne dans la tuberculose vésicale (voir thèse Ogier, 1892). Il est rare que cette opération soit chez de tels malades urgente, quoique pouvant être assez rapidement nécessitée par des hématuries, mais surtout par une cystalgie intense. Une telle étude nous aurait entraîné bien au delà du but que nous nous sommes proposé.

Les indications de l'opération de Poncet sont donc, comme on le voit, très nombreuses, et, suivant la nature de la maladie qui la nécessite, elle s'applique à des faits plus ou moins dissemblables qui, pour une saine appréciation, doivent être nettement séparés.

DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE D'URGENCE

— OPÉRATION DE PONCET —

ET PLUS PARTICULIÈREMENT DE SES INDICATIONS

(Prostatisme. — Tumeurs inopérables de la Vessie. — Rétrécissements
de l'Urètre.)

CHAPITRE PREMIER

Indications de la cystostomie sus-pubienne d'urgence.

Les cas dans lesquels il peut être non seulement utile, mais encore indispensable et urgent de créer un urètre sus-pubien se présentent dans les affections des diverses parties de l'appareil urinaire : vessie, prostate, urètre. Tous ces organes, en effet, peuvent présenter des lésions telles que l'urine se voie fermer sa route ordinaire et que le chirurgien armé non seulement des meilleures sondes, mais encore d'une certaine habileté opératoire se trouve dans l'impossibilité d'ouvrir aux urines leur voie naturelle et soit obligé d'avoir recours au bistouri. Tous aussi par les diverses affections dont ils sont le siège, nécessitent parfois des manœuvres pouvant entraîner l'infection sur-aiguë ou aiguë d'une vessie déjà malade, et alors, lorsque les moyens ordinaires ont échoué, lorsque malgré des cathétérismes réguliers, des lavages de la vessie, un bon

traitement interne, l'état général non seulement ne se relève pas, mais encore s'aggrave de jour en jour, il n'y a plus à hésiter, la cystostomie s'impose.

Dans les affections de ces divers organes, peuvent se rencontrer aussi rarement il est vrai, des complications telles qu'une hémorragie grave par exemple pouvant entraîner à bref délai la mort du malade et rendant urgente l'ouverture de la vessie.

Nous aurons donc à considérer les indications de la cystostomie d'urgence:

1° Dans les affections de la prostate : hypertrophie et cancer ; 2° Dans les affections de la vessie : tumeurs inopérables ; 3° Dans les affections de l'urètre : rétrécissements compliqués.

I. Hypertrophie et cancer.

A. — HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Dans les cas d'hypertrophie de la prostate, le chirurgien peut être appelé à faire la cystostomie d'urgence chez deux catégories de malades.

Chez les uns ce sont les troubles fonctionnels qui dominent la scène, le chirurgien se trouvant en présence d'une rétention complète aiguë d'urine septique ou aseptique avec obstacle prostatique plus ou moins insurmontable.

Chez les autres les obstacles mécaniques sont au second plan, le cathétérisme étant possible, mais les accidents infectieux, des signes d'urinémie, un état général grave ne s'améliorant pas par les moyens ordinaires rendent obligatoire une intervention chirurgicale.

Chez les premiers, les prostatiques mécaniques, ce sera le plus souvent pour remédier à des accidents de rétention aiguë que le chirurgien aura à pratiquer d'urgence l'opération Poncet.

Un malade atteint depuis quelque temps déjà de troubles de la miction tenant à une hypertrophie de la prostate, après avoir fait quelques excès de régime, après avoir cru à des érections décevantes et les avoir aidées quelque fois par des manœuvres plus ou moins avouables se présente à vous atteint d'une rétention aiguë datant de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Le plus souvent alors, le cathétérisme fait avec soin et avec patience permet d'ouvrir aux urines leur voie naturelle et de conjurer ainsi les accidents.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et si, en théorie, il n'y a pas de prostate assez déformée pour opposer un obstacle infranchissable à un cathétérisme fait avec adresse, en pratique il en va autrement et beaucoup de chirurgiens de valeur se sont trouvés en présence de cas où le cathétérisme était impossible. Souvent aussi le cathétérisme pratiqué par des mains inhabiles aura été suivi de fausses routes et d'urétrorragie et le malade se présente au chirurgien avec la verge gonflée, le méat saignant déjà en proie à l'infection urinaire de par sa plaie urétrale. On fait un lavage antiseptique de l'urètre, on essaye avec beaucoup de prudence de pratiquer le cathétérisme, mais on ne réussit qu'à provoquer une urétrorragie abondante.

Que faire en présence de cas semblables, la ponction ou la cystostomie? Avec la ponction on emploie une méthode aveugle, car on peut léser des organes importants, dangereuse, car elle s'accompagne parfois d'infiltration d'urine et de phlegmon de la cavité de Retzius, insuffisante enfin,

car elle ne saurait être indéfiniment répétée et elle est très souvent incapable de lever l'obstacle prostatique.

Comme opération d'urgence, si l'on ne peut absolument mieux faire en présence d'un malade qui n'a qu'à pisser ou à mourir, elle constitue une bonne ressource qui sera le premier temps de la cystostomie.

Si après cette première ponction, en effet, l'obstacle n'est pas levé, la cystostomie est une opération urgente, car elle seule pourra assurer d'une manière permanente et sans danger l'évacuation régulière de l'urine.

Mieux que les ponctions répétées elle pourra décongestionner la prostate et faire disparaître ainsi l'obstacle mécanique ; la cystostomie sera alors temporaire. Dans les cas où la perméabilité du canal ne pourra être obtenue, la cystostomie devra être permanente. On crée ainsi nous objectera-t-on une infirmité dégoûtante. Mais, répondrons-nous, outre qu'on peut avoir un urètre sus-pubien continent, ce que l'on n'a pu obtenir avec la cystostomie, on ne l'eût certes pas acquis davantage avec les ponctions, et l'intervention n'en est que plus légitimée.

Si le malade a été traité par des ponctions répétées et qu'on voie bientôt s'aggraver l'état général, se produire un peu de rougeur de la peau et une sensibilité marquée à la pression au-dessus du pubis, l'indication d'opérer sera encore plus urgente ; car, outre la rétention, on aura à craindre le développement d'un phlegmon de la cavité de Retzius.

Chez un autre malade de cette même catégorie, présentant les mêmes accidents, l'obstacle a pu être franchi, on a pu pénétrer dans la vessie par un véritable tour de force. Mais la rétention persiste et chaque fois que le cathété-

risme doit être pratiqué, on éprouve la même difficulté. Ce n'est qu'après des tentatives longues et pénibles pour le chirurgien, plus longues et plus pénibles encore pour le malade, qu'on arrive, après avoir éraillé la prostate, après avoir fait saigner l'urètre, qu'on arrive, dis-je, dans la vessie. L'urine expulsée alors est teintée de sang, l'état général est mauvais, la cystostomie s'impose et on doit la faire sans retard; car, avec l'ancien moyen de choix, avec la sonde à demeure, on arrive parfois à sauver quelques malades, mais bien souvent aussi on ne réussit qu'à aggraver l'état du patient, qu'à produire des septicémies contre lesquelles une opération plus tardive pourra se montrer impuissante.

Pour des prostatiques dans cet état, dit Diday, comme il n'y a plus que deux issues ou libre cours rendu à l'urine ou fatale aggravation du mal, il n'y a plus qu'une alternative, ou l'opération immédiate, ou la mort à bref délai.

Et, en effet, quelques observations de cystostomie, pratiquées à Paris, telles que celle de Tillaux dans la thèse de Bouton et celle de Tuffier dans la thèse d'Auneau, observations XL et XLIV de notre thèse, donnent une preuve évidente de ce que nous avançons.

Dans ces deux observations, il s'agit de malades chez lesquels le cathétérisme présente des difficultés très grandes. On applique la sonde à demeure, qui est non seulement impuissante, car elle ne peut conjurer les accidents, mais encore pernicieuse, car elle favorise la pénétration des germes dans la vessie et le développement d'un processus infectieux dont ne pourra se rendre maître une cystostomie trop tardive.

Dans d'autres cas, tel que celui relaté dans notre obser-

vation LIX, on voit le malade, traité pendant deux mois par la sonde à demeure, être pris, à la suite d'un cathétérisme, d'un accès de fièvre urinaire qui, joint à un mauvais état général provoqué par les traitements antérieurs, inspire les plus grandes craintes et nécessite la cystostomie. Celle-ci amène une guérison presque instantanée.

Lorsqu'il existe une ou plusieurs fausses routes, l'indication d'opérer n'est pas moins urgente. Le cathétérisme, en effet, en provoquant chaque fois une irritation de la plaie urétrale peut favoriser le développement des germes qui se trouvent normalement contenus dans l'urètre et donner naissance à des accidents infectieux graves. La sonde à demeure ne met pas davantage à l'abri des accidents, car, outre qu'elle irrite également la plaie urétrale elle n'empêche pas la production d'un état infectieux qui peut être dû et à la pullulation des germes contenus dans l'urètre et à l'urine qui filtre entre les parois de la sonde et celles du canal. La mise au repos de la voie naturelle est indispensable en pareil cas et la création d'un urètre sus-pubien peut seule répondre à cette indication.

La douleur accompagnant le cathétérisme peut, par son intensité, nécessiter aussi une intervention rapide. Il est, en effet, des malades chez qui le cathétérisme répété, quelle que soit la patience et la dextérité de l'opérateur, s'accompagne d'un état douloureux résistant à tous les anesthésiques. Dans ces cas rares où la douleur est si vive, si intolérable que souvent le chirurgien est obligé de lutter avec le malade pour lui donner ses soins, si le cathétérisme doit être souvent répété, on ne doit pas hésiter à ouvrir la vessie sur-le-champ. C'est le seul moyen que le chirurgien ait à sa disposition pour rendre au malade un peu de tran-

quillité et, en lui assurant un repos inconnu depuis longtemps, lui permettre de relever un état général devenant de jour en jour plus mauvais.

Dans tous les cas que nous avons considérés jusqu'ici, nous avons affaire à une urine aseptique. Il est évident que si, en même temps que les accidents graves dont nous avons parlé, on trouve une urine septique et des symptômes de fièvre urineuse, l'indication d'opérer est encore plus formelle.

Enfin, avant de quitter cette catégorie de prostatiques, il est bon d'envisager des cas où, en présence de complications rares, la création d'un urètre sus-pubien a été indispensable pour assurer les jours du malade. On pourra être quelquefois appelé auprès d'un malade atteint de rétention aiguë d'urine, avec une vessie distendue et dure, une pâleur très marquée de la face et des douleurs vives. Le cathétérisme pratiqué permet d'arriver facilement dans la vessie, mais la sonde ne livre passage qu'à quelques gouttes d'urine et des caillots sanguins, et on conclut à une hématocele vésicale. Une sonde à double courant, dans laquelle on fait passer un courant d'eau chaude, ne permet pas davantage de dégager la vessie. Par l'aspiration, non seulement on ne réussit pas à dissocier les caillots, à faire une déplétion dans la vessie, mais encore on fait augmenter l'hémorragie.

Opérer sur-le-champ, c'est la seule ressource qui reste au chirurgien. Par l'ouverture de la vessie, on débarrasse cet organe des caillots qui l'encombrent ; par la création d'un urètre sus-pubien, on prive le muscle vésical de ses contractions et on obtient comme conséquence la cessation immédiate de l'hémorragie.

La même indication d'opérer se présente si dans la vessie surviennent des hémorragies abondantes et répétées, résistant aux moyens hémostatiques ordinaires et pouvant entraîner à bref délai la mort du malade.

Dans la deuxième catégorie de prostatiques, les infectés urinaires, les cas qui nécessitent une intervention d'urgence sont plus fréquents que chez les premiers. Chez eux ce seront les troubles provoqués par des accidents infectieux généraux ou locaux qui commanderont l'intervention.

Tantôt on aura à combattre des accidents d'infection suraiguë avec des phénomènes généraux graves et peu de phénomènes locaux. Ce sera chez des malades vieux rétentionnistes, rénaux certainement que, à la suite de quelque cathétérisme fautif apparaîtront ces phénomènes d'infection suraiguë. « Du jour au lendemain, comme le dit si bien Forgues dans son remarquable article du *Dictionnaire de chirurgie*, tout l'arbre urinaire s'infecte, la fièvre s'établit suivant le type rémittent à paroxysmes, la vie est gravement menacée. »

Que faire alors. « Faut-il, dit M. Poncet, vider, laver la vessie ? Mais la température reste élevée, l'état général s'aggrave, l'ouverture vésicale devient rapidement la seule ressource. L'expérience m'a appris que dans cette variété de septicémie urineuse, si l'on veut offrir aux prostatiques quelques chances de guérison, il faut se hâter d'intervenir à un moment aussi rapproché que possible du début des accidents dont l'évolution ne pourra être la plupart du temps conjurée.

Si, avec ces phénomènes généraux graves, avec une température élevée, de la dyspnée, une langue rôtie, on

trouve des phénomènes de cystite infectieuse se traduisant par du ténésme, des envies fréquentes d'uriner, des urines troubles et ammoniacales, l'opération devra être faite dans le plus bref délai. En agissant ainsi, on n'offrira au malade que quelques rares chances de guérison, mais on produira des phénomènes de détente et un soulagement immédiat qu'on demanderait vainement à tout autre moyen thérapeutique.

Chez d'autres malades, on aura à lutter contre des accidents d'infection aiguë entée sur un état chronique ou développée à la suite de cathétérismes nécessaires pour lever une rétention aiguë. C'est une forme qui répond au second type de fièvre urineuse décrit par M. Guyon et caractérisé par un état fébrile constant, variant entre 38 et 39°5, avec phénomènes généraux graves et troubles digestifs.

On fait des lavages de la vessie avec des liquides antiseptiques et modificateurs, accompagnés d'une médication tonique et reconstituante, et on réussit souvent à guérir le malade. Si on échoue, si chez ce prostatique (dûment sondé, désinfecté, quininé, tonifié) la température s'élève ou reste seulement stationnaire, si les urines présentent la même composition, si les troubles digestifs ne disparaissent pas, la cystostomie s'impose et s'impose sans retard.

Mais, nous objectera-t-on, pourquoi en pareille occurrence ne pas employer la sonde à demeure ? C'est qu'elle constitue, comme le dit si bien M. le professeur Poncet une arme à double tranchant, impuissante souvent, quelquefois dangereuse.

Combien ne relève-t-on pas d'observations en effet, où

l'application de la sonde à demeure paraît faire disparaître les accidents, mais ne fournit qu'un calme trompeur, car dès qu'elle est enlevée les accidents reparaissent plus intenses. Pendant ce temps, qui peut assurer que grâce à l'irritation produite par la sonde agissant comme un corps étranger, grâce à un drainage insuffisant par la voie urétrale, grâce à l'introduction de nouveaux germes, le long des parois de la sonde, grâce enfin au mauvais état des voies urinaires, qui peut certifier que les voies supérieures ne seront pas atteintes de lésions contre lesquelles une opération tardive sera impuissante?

Combien d'autres cas aussi où la sonde à demeure ne produit aucune amélioration et fait perdre ainsi un temps précieux.

Certains nous objecteront sans doute que la sonde à demeure constitue un excellent drainage et que là où elle reste impuissante, la cystostomie ne saurait réussir. Nous ne donnerons comme preuve du contraire que les faits cités par M. Guyon lui-même dans un article des *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de mai 1895.

Chez cinq de ses malades où la sonde à demeure était restée sans résultat, deux furent sauvés par la cystostomie. Quand la sonde à demeure appliquée par un professeur si compétent en la matière, soumise à une surveillance de tous les instants dans une série d'expérimentations faites en sa faveur, se montre aussi inférieure, il y aurait mauvaise grâce à contester que la cystostomie est dans ces cas le traitement de choix. Lorsque l'état général est mauvais et que les accidents résistent aux cathétérismes réguliers et aux lavages antiseptiques, la cystostomie est donc une vraie opération d'urgence.

Dans tous les cas examinés jusqu'ici, c'étaient les accidents généraux qui dominaient la scène. Voyons maintenant dans quels cas on sera obligé d'intervenir lorsque les accidents infectieux locaux seront prédominants.

On aura souvent à soigner des malades dont la vessie enflammée ressemble à « un véritable égout collecteur » avec urines purulentes et ammoniacales. Ces vessies sont souvent le siège de productions glaireuses provoquant indéfiniment la formation de concrétions phosphatiques et s'accompagnant de phénomènes de cystite intense. Ici encore, au début, le traitement consistera en cathétérismes réguliers avec lavages antiseptiques et instillations de nitrate d'argent. Mais si, malgré ces soins donnés d'une façon régulière, les douleurs persistent avec la même intensité, si les cathétérismes sont douloureux, si le malade se cachectise, la cystostomie sera la seule planche de salut, le malade aura à choisir entre la mort ou un urètre sus-pubien.

B. — CANCER DE LA PROSTATE

Dans l'hypertrophie de la prostate, la cystostomie est une opération curative; dans le cancer de la prostate, elle ne peut avoir qu'une action palliative. Mais il est des cas où en tant qu'opération palliative elle sera seule capable de faire cesser des troubles graves et d'octroyer ainsi aux malheureux vieillards atteints de cette affection non seulement une survie notable, mais encore une fin exempte de douleurs terribles, intolérables.

Ici, plus encore que dans l'hypertrophie de la prostate

l'impossibilité et les grandes difficultés du cathétérisme, les douleurs provoquées par le passage de la sonde, les hémorragies et les états infectieux de la vessie constitueront des indications urgentes de cystotomiser.

En dehors de la cystostomie il n'y a pas de salut, c'est la mort et la mort avec les souffrances les plus atroces. « Avec le cathétérisme répété, dit M. Legueu, c'est la douleur, l'hémorragie; avec la sonde à demeure, c'est la douleur encore opiniâtre et tenace, sans chance d'atténuation par l'usage; » avec l'extirpation, c'est la mort à bref délai due à une généralisation rapide de la tumeur.

II. — Tumeurs inopérables de la vessie.

Dans les cas de tumeur de la vessie, des hématuries graves, un état infectieux aigu développé sur la tumeur et à cause d'elle pourront amener les chirurgiens à pratiquer d'urgence la cystostomie.

Dans les cas d'hématurie, on devra se baser pour décider l'intervention non seulement sur la quantité de sang perdu, mais encore sur l'état général du sujet. Lorsqu'une hématurie persiste avec abondance malgré le repos et le traitement, si le malade est dans un état de pâleur, de faiblesse, d'amaigrissement, en un mot, de cachexie très avancée, l'hématurie devient très menaçante et l'on doit intervenir sans retard. L'urètre sus-pubien doit alors être maintenu permanent, car du moment où la vessie n'est plus mise au repos par la suppression complète de sa fonction, l'hémorragie reparaît.

Dans ces cas il n'y a aucun inconvénient à laisser la

vessie ouverte, l'opération étant faite dans un but absolument palliatif, et l'inconvénient pour le malade de se sentir porteur d'une fistule étant largement compensé par l'espoir d'une prompte guérison que peut lui faire entrevoir une intervention chirurgicale.

Non moins urgente sera l'opération Poncet dans les cas où l'on aura à lutter contre une infection vésicale entée sur la tumeur. Par elle seule on pourra obtenir la disparition des douleurs et de la fièvre, car ici plus que dans les autres affections la sonde, outre qu'elle augmente les douleurs, elle a encore, par l'irritation qu'elle produit sur les tissus de nouvelle formation, le double inconvénient et d'activer le processus infectieux et de donner un véritable coup de fouet à la tumeur.

III. — Rétrécissements de l'urètre.

La plupart des chirurgiens sont d'accord pour reconnaître les bons effets de la cystostomie comme opération préliminaire de la cure de certains rétrécissements. Dans certains cas elle peut-être non seulement utile, mais encore indispensable lorsque ces rétrécissements sont accompagnés de complications graves.

Que faire par exemple dans les cas où un malade vous est amené, présentant un rétrécissement infranchissable, avec des fausses routes, de l'urétrorragie, des signes d'infection urinaire et quelquefois aussi de l'infiltration urineuse? Faire une urétrotomie interne et mettre une sonde à demeure; mais par les multiples chances d'infection que l'on crée ainsi, on fait courir les plus grands risques au malade dont l'état général est déjà si mauvais.

La cystostomie au contraire en assurant le libre écoulement des urines et l'asepsie de la cavité vésicale fait disparaître le danger présent et en permettant de relever les forces du malade, elle assure une réussite plus complète quand on agira plus tard sur le rétrécissement.

Si le rétrécissement est compliqué d'infiltration urineuse étendue, si le périnée et le scrotum sont tuméfiés, si l'état général est mauvais, si les urines sont troubles et ammoniacales, le chirurgien ne doit pas perdre son temps à refaire dans ces tissus de mortification un urètre qui fonctionne bien. Il doit songer avant tout à remplir l'indication urgente, c'est-à-dire à assurer les jours du malade. Pour cela, il doit ouvrir par de larges débridements une issue aux urines infiltrées, mettre l'urètre au repos forcé, et prévenir de nouvelles infiltrations en dérivant les urines par la cystostomie.

Quand l'état général sera redevenu bon, il pourra alors pratiquer les opérations que nécessite l'état de l'urètre.

CHAPITRE II

Mode d'action de la cystostomie.

La cystostomie produit ses effets salutaires en agissant à la fois sur le cours des urines et sur leur composition, sur l'état anatomique et physiologique de la vessie, sur la prostate et le canal de l'urètre.

L'écoulement des urines, elle l'assure d'une manière permanente, complète, régulière, sans faire courir au malade aucun danger, sans produire d'hémorragie *ex vacuo*, sans occasionner de douleurs. C'est là ce qui constitue sa supériorité sur les autres méthodes, les ponctions aspiratrices et la sonde à demeure qui peuvent être à la fois dangereuses et douloureuses.

En rétablissant le cours des urines, lorsqu'elles sont claires, la cystostomie fait disparaître la sensation douloureuse de tension et de pesanteur dans le bas-ventre ; lorsqu'elles sont infectées, avec la disparition des douleurs elle amène sinon la défervescence complète du moins un abaissement très marqué de la température. En mêm

temps qu'elle tarit cette source de résorption urineuse, elle fait disparaître l'anorexie, l'état saburral de la langue, la soif vive, en un mot tous les symptômes dus à cette auto-intoxication de l'organisme.

Par la dérivation des urines, elle permet aussi de faire disparaître les cathétérismes répétés et, avec eux, les causes d'irritation continue et les préoccupations mentales du malade, qui, chaque fois qu'on essaye de passer la sonde se demande avec anxiété si on arrivera à pénétrer dans la vessie et au prix de quelles douleurs.

Si l'opération de Poncet modifie le cours des urines pour le plus grand bien des malades, elle a une action non moins efficace sur leur composition. L'opération est-elle pratiquée chez des malades qui n'ont pas été préalablement infectés par des cathétérismes antérieurs, elle maintient leur composition normale en empêchant les germes de pénétrer dans la vessie. Ce but elle l'atteint en permettant de se passer de toutes sortes de manœuvres, cathétérismes répétés, sonde à demeure qui peuvent très facilement infecter les urines. Plus tard, lorsque le méat est devenu continent, si le malade a recours au cathétérisme pour uriner, des germes pathogènes peuvent bien être introduits dans la vessie, mais ils sont peu dangereux, car ils vont s'implanter sur un terrain heureusement modifié par la cystostomie.

S'il y a infection préalable de la cavité vésicale, l'opération de Poncet permet plus que toute autre méthode le retour des urines à leur composition normale, par la possibilité qu'elle procure de pratiquer de sérieux lavages antiseptiques et par la suppression, au début, de la vessie en tant que cavité. Les urines s'écoulant alors d'une manière

continue ne restent pas assez longtemps dans la vessie pour permettre aux germes de pulluler, et redeviennent claires et limpides. Les reins sont mis eux aussi à l'abri des atteintes microbiennes, car les uretères n'étant pas distendus par suite de la rétention vésicale, s'opposent, grâce à l'écoulement constant des urines dans leur intérieur, à la pénétration des germes dans les bassinets et les calices.

C'est en agissant ainsi, qu'elle constitue le meilleur drainage de la vessie dans les cas d'infection urinaire grave. La sonde à demeure, en effet, se montre dans ces cas-là parfois impuissante et souvent pernicieuse. Impuissante en effet, car les exemples ne manquent pas, de cas où la sonde à demeure appliquée par les chirurgiens compétents n'a donné aucun résultat, ou même n'a réussi qu'à procurer un calme trompeur qui a fait place à des accidents de la plus haute gravité dès qu'on l'a enlevée.

Pernicieuse aussi, car bien souvent, par un drainage insuffisant de la vessie, par une irritation des parois de l'organe déjà malade depuis longtemps, elle favorise le développement du processus infectieux, sa propagation aux voies urinaires supérieures, et précipite ainsi le malade vers une mort certaine. Cette irritation produite sur les parois de la vessie est encore plus grande et plus dangereuse dans les cas d'infection vésicale entée sur une tumeur de la vessie ou sur un cancer de la prostate, car alors, outre qu'elle est très douloureuse, elle hâte le développement de la tumeur.

Plus tard, et précisément à cause de cette action sur l'écoulement et sur la composition des urines, la cystostomie apporte des modifications heureuses dans l'état ana-

tomique et physiologique de la vessie. L'ouverture de la vessie en effet met cet organe dans un repos forcé. Elle permet de la débarrasser des caillots qui l'encombrent dans les cas d'hématocèle par exemple et de supprimer ainsi un foyer d'infection et d'irritation possible. Elle fait disparaître les ténésmes les spasmes douloureux, la congestion toujours intense de l'organe. Les hémorragies étant sous la dépendance de la congestion disparaissent avec cette dernière.

A la suite de ce repos forcé, à l'abri des liquides septiques, à l'abri aussi de l'irritation produite sur ses parois par les sondes agissant en tant que corps étrangers, la vessie se répare dans toutes ses parties constituantes. La muqueuse, de friable, fongueuse et saignante, devient lisse et ferme. Le muscle vésical, qui, à la suite d'une distension prolongée, était devenu presque complètement atone reprend très souvent la contractibilité normale. En un mot, comme le dit si bien M. Poncet, la cystostomie transforme ces vessies de vieux prostatiques en vessie de jeune homme.

Moins brillante est l'action de l'opération de M. Poncet sur l'état de la prostate. En la décongestionnant, elle supprime, il est vrai, ses hémorragies et elle diminue son volume. Mais cette diminution de volume si remarquable dans certains cas n'est pas constante et bien souvent, chez des malades opérés pour impossibilité du cathétérisme, on voit la miction normale ne pas se rétablir. Toutefois, dans les cas où on a pu noter une diminution de volume, elle a été très manifeste et beaucoup plus marquée qu'elle ne l'est en général après les cathétérismes.

L'urètre lui aussi bénéficie de la mise au repos complet

que lui procure la cystostomie. A l'abri de l'irritation produite sur les fausses routes par la sonde et par l'urine qui suinte entre la sonde et le canal quand la sonde est placée à demeure, il se répare sans donner lieu à des phénomènes infectieux et pour le plus grand bien du malade.

Mais malgré son action si remarquable, l'opération de Poncet perdrait beaucoup de sa valeur si elle n'offrait pas en tant qu'intervention la plus grande innocuité. Nous ne devons pas oublier en effet que nous étudions la cystostomie pratiquée d'urgence, c'est-à-dire chez des malades déjà affaiblis par une affection longue et qu'une exacerbation des symptômes ou des complications nouvelles ont mis le plus souvent dans un état de résistance minime.

Même chez ces malades, l'opération de Poncet peut être pratiquée sans crainte. C'est une opération simple, présentant le minimum de dangers par la rapidité avec laquelle elle peut être pratiquée, la minime perte de sang qu'elle impose au malade, l'absence absolue de complications post-opératoires.

Avec elle, les craintes de blessure du péritoine ou d'infiltration urineuse sont absolument chimériques. L'opération est possible chez tout individu en état de supporter le chloroforme, et même chez les malades où l'on aura à craindre les dangers de l'anesthésie générale, on pourra intervenir après anesthésie locale.

Quant à l'urètre hypogastrique que l'on crée, il peut être temporaire ou permanent selon le gré du chirurgien. Celui-ci d'après les cas pourra choisir entre la fistulisation permanente ou l'oblitération du méat sus-pubien.

CHAPITRE III

Procédés employés avant la cystostomie.

Ponctions. — Sonde à demeure.

Jusqu'à la cystostomie sus-pubienne, deux ordres de moyens étaient suivant les cas mis en usage, nous voulons parler des ponctions de la vessie et lorsque le cathétérisme était possible, de la sonde à demeure. L'histoire des ponctions de la vessie, de son manuel opératoire, occupent encore une large place dans beaucoup de traités de thérapeutique chirurgicale. Nous ne saurions donc la décrire. Mais en dehors de cette considération, notre silence s'explique par les méfaits dont nous rendons les ponctions responsables et qui nous les font proscrire.

Pendant de longues années, on s'est servi du gros trocart du frère Come que les chirurgiens plantaient *ad libitum* dans la vessie, à travers les diverses régions par où cet organe est abordable. Il y a vingt-cinq ans, ce mode de ponction fut détrôné par la ponction capillaire aspiratrice dont les avantages de l'innocuité apparente ont été

dès le début mis en relief ainsi qu'on peut s'en convaincre dans la thèse de Pouliot (Paris).

Nous n'exposerons donc pas de nouveau les dangers du gros trocart. Ce mode de ponction, même par la voie sus-pubienne est définitivement jugé. Il ne peut être employé comme l'a bien établi M. Poncet que dans les cas urgents où le défaut d'instrumentation exige cependant l'évacuation immédiate de l'urine, et à une condition encore, c'est que cette ponction ne sera que le premier temps d'une cystostomie sus-pubienne, pratiquée rapidement ensuite, aussitôt que l'on aura en main l'instrumentation matérielle indispensable.

Quant à la ponction capillaire, elle est comme la précédente passible des mêmes objections, elle fait courir les mêmes dangers au malade, elle ne peut être aussi qu'un procédé d'urgence faute de mieux. Nous ne pouvons que répéter ce qui a été dit maintes fois ces dernières années avec des observations à l'appui, c'est que la ponction capillaire constitue un procédé aveugle, dangereux par la blessure possible du péritoine, mais surtout par l'infection du tissu cellulaire prévésical que traverse l'aiguille. Celle-ci en revenant d'une vessie infectée, s'essuie, suivant l'expression de M. Poncet, sur les tissus qu'elle traverse.

En résumé, la ponction ne répond plus aujourd'hui aux desiderata qu'un chirurgien est en droit d'exiger de ses interventions, à savoir, la sécurité constante ou à peu près telle de l'acte opératoire et, dans l'espèce, la mise au repos de la vessie en pareille occurrence si nécessaire.

Reste la sonde à demeure, chez les sujets où le cathétérisme est encore possible. Nous ne craignons pas de l'englober dans la même proscription que les ponctions

vésicales, et cela malgré la faveur dont elle jouit encore près de quelques chirurgiens. Nous lui reprochons, en effet, d'être souvent mal tolérée, d'irriter la vessie déjà plus ou moins enflammée, alors que suivant la remarque de M. Poncet cet organe est, chez les malades dont nous nous occupons, un véritable *noli me tangere*, enfin et surtout nous lui reprochons d'être une cause d'infection. Il ne nous est naturellement pas possible de fournir une statistique sur les dangers de la sonde à demeure et sur le nombre de morts qui lui sont imputables. Des faits de ce genre ne sont le plus souvent pas publiés, car ils sont monnaie courante. En outre, jusqu'à l'avènement de la cystostomie, la sonde à demeure paraissant être dans nombre de cas la seule ressource, on était peu disposé à lui accorder la part qui lui revenait dans la genèse des accidents mortels.

Aujourd'hui, du reste, personne ne méconnaît la gravité de son emploi dans maintes circonstances et même ses partisans lui reconnaissent des contre-indications. Ils publient des cas où son emploi a réussi entre leurs mains, où la sonde à demeure a dirigé la guérison.

Nous acceptons de tels faits, mais après M. Poncet, ce que nous pouvons affirmer, c'est que la sonde à demeure est une arme à double tranchant, et que l'on ne sait jamais si elle sera bien supportée, si elle provoquera ou non des accidents. Nous pouvons également affirmer que la gravité de ces accidents reste inconnue et que l'on ne peut espérer les enrayer et les conjurer dans leurs effets en enlevant la sonde dès leur apparition comme ont l'air de le croire ses partisans.

C'est bien chez de tels malades que le proverbe que « il

vaut mieux prévenir des accidents urinaires graves que de lutter contre eux », trouve son application. On sait par expérience ce qu'il en advient trop souvent de ces infections vésicales qui se diffusent parfois avec une facilité extrême à tout l'arbre urinaire.

CHAPITRE IV

Exposé des Observations.

Nous avons pu réunir 76 observations de cystostomie d'urgence. Elles ont été recueillies soit à Paris, soit à Lyon ; une d'entre elles a été présentée par M. Debaissieux à l'Académie royale de Belgique.

Dans 68 de ces observations, l'opération a été faite pour remédier à des accidents graves survenus chez des prostatiques. Dans les 5 suivantes, ce sont des complications liées à une tumeur de la vessie ou à un cancer de la prostate qui ont nécessité l'intervention ; les 3 dernières portent sur des rétrécissements compliqués de l'urètre. Nous allons étudier séparément dans chaque catégorie de malades quelles sont les causes qui ont déterminé les chirurgiens à intervenir, et quels résultats ils ont obtenus. C'est de l'analyse de ces observations que découleront nos conclusions.

I. Prostatiques.

Nous avons classé nos observations d'après le plan suivi dans le chapitre des indications.

1° *Prostatiques mécaniques.* — Dans les 23 premières observations, l'opération a été pratiquée chez des malades en état de rétention aiguë ou chronique dont les urines pouvaient être considérées comme non infectées. Dans 18 cas le cathétérisme était impossible ; dans les 5 autres il était très difficile ou s'accompagnait de fausses routes et d'urétrorragie. On est intervenu une fois après échec de la sonde à demeure, 5 fois après échec des ponctions, et dans ces cas 3 fois on a trouvé le tissu cellulaire prévésical infiltré.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

3 opérés sont morts.

Un deux ans après l'opération, de pneumonie ; il était continent.

Un autre, trois mois après, de cause inconnue.

Un troisième, trois semaines après, d'un catarrhe purulent.

Chez les malades qui ont survécu plus longtemps, on note :

Rétablissement complet des mictions normales	7
Rétablissement des mictions normales, mais avec persistance d'une petite fistule. . . .	4
Continents	4
Incontinents	2
Pas de renseignements ultérieurs. . . .	3

Dans les 2 observations suivantes où l'on est intervenu pour des complications graves, hématocele et hémorragie vésicale, les mictions normales ont été rétablies chez le premier malade, le second a bien obtenu la guérison, mais n'a pas été revu depuis l'opération.

Dans cette catégorie de malades, nous pouvons donc affirmer que la mortalité post-opératoire est nulle. D'autre part, les résultats ultérieurs sont des plus brillants, puisque 2 malades seulement sont restés incontinents, ou 5 si l'on admet la plus mauvaise solution pour les 3 qui n'ont pas été revus depuis l'opération.

2° *Infectés urinaires.* — Chez les 4 malades opérés pour *infection suraiguë*, 4 fois la mort est survenue peu de jours après l'opération. La cystostomie semble donc être sans action sur ces sortes de septicémies.

Elle donne des résultats plus brillants dans les *infections aiguës*. 18 observations en effet portent sur des cas où la cystostomie a été pratiquée soit simplement pour remédier aux phénomènes d'infection, soit pour combattre des phénomènes associés d'infection et de rétention. Dans les 10 cas où les phénomènes de rétention et d'infection étaient associés, 3 fois les troubles fonctionnels avaient résisté à la sonde à demeure, 2 fois à la sonde à demeure et aux ponctions.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Morts, 5.

Mais il faut faire remarquer que dans un cas, une sonde avait été mise à demeure pendant six jours, bien qu'elle fût mal supportée et qu'elle eût produit l'infection.

Dans un autre, les ponctions avaient complété le mal,

produit déjà par la sonde à demeure. 3 autres sont morts de pyélo-néphrite.

Rétablissement des fonctions normales. . .	3
Continents	6
Incontinents.	4

Dans cette classe d'infectés, la cystotomie donne donc des résultats très satisfaisants. Quant aux observations où l'opération a été suivie de mort, elles montrent combien notre manière de voir était juste lorsque nous donnions comme indication de la cystostomie d'urgence les grandes difficultés du cathétérisme. La lecture des observations XL et XLIV prouve de la façon la plus évidente combien est fatale dans ces cas la temporisation, combien est peu chimérique la crainte des dangers créés par la ponction et la sonde à demeure.

Dans l'observation XLIV, par exemple, nous voyons un malade atteint de rétention aiguë. Le cathétérisme est difficile, on place une sonde à demeure. Celle-ci est douloureuse, mal supportée, fonctionne d'une manière défectueuse ; on continue malgré tout son application. L'état général du malade s'aggrave, sa température monte à 38 degrés, le cathétérisme est toujours difficile ; la sonde à demeure est maintenue, malgré son fonctionnement défectueux.

Ce n'est qu'après six jours d'une trop longue attente, devant les difficultés permanentes du cathétérisme, en présence d'un état général très grave, ce n'est que contraint et forcé que le chirurgien pratique la cystostomie sus-pubienne. Un soulagement immédiat se produit chez le malade ;

sa température baisse. Mais cette amélioration est de courte durée. Pendant que le chirurgien temporisait, l'infection a eu le temps de produire son œuvre destructrice, et le malade meurt quelques jours après l'opération.

Dans l'observation XL, il s'agit également d'un malade atteint de rétention aiguë. Le cathétérisme étant très difficile, on laisse une sonde à demeure et on infecte la vessie. On l'enlève quelques jours après, mais la rétention persistant on la replace, après avoir éprouvé les plus grandes difficultés à la faire pénétrer de nouveau dans la vessie. Mais l'état général s'aggrave, la température monte à 38°5, la rétention persiste; on a toujours recours à la sonde à demeure. Les dangers créés par la sonde à demeure ne suffisent pas. La sonde à demeure étant enlevée, le cathétérisme devient impossible, et on fait chez ce prostatique rétentionniste, infecté, traité inutilement par les « vieux procédés de choix », on fait dis-je une ponction aspiratrice. L'état général devient de plus en plus mauvais, la température s'élève, le chirurgien pratique l'opération de Poncet, et se convainc des dangers des ponctions en découvrant un phlegmon uro-purulent de la cavité de Retzius.

Là aussi une amélioration immédiate se produit, mais aux dangers créés par la sonde à demeure sont venus s'ajouter ceux créés par la ponction, l'opération de Poncet pratiquée trop tard ne peut les enrayer, et le malade meurt quelques jours après l'intervention.

Dans ces cas-là, la cystostomie pratiquée d'urgence, c'est-à-dire dès le péril révélé eût certainement donné d'autres résultats. D'ailleurs M. Tuffier rapportant l'observation XL devant la Société de chirurgie, fait remarquer

lui-même qu'une intervention plus hâtive eût certainement sauvé le malade.

Ce n'est pas que la cystostomie ne soit capable de faire disparaître une infection aiguë ayant résisté à la sonde à demeure. Quelques-unes des observations de ce groupe, et plus particulièrement celle de M. Debaissieux, donnent la preuve du contraire.

On voit en effet, dans cette relation, des phénomènes d'infection aiguë apparaître dès qu'on retire la sonde à demeure. On la replace, mais la température ne peut s'abaisser, le malade souffre, la sonde à demeure lui devient insupportable, et au bout de quinze jours il l'enlève. Les accidents prennent aussitôt une intensité menaçante, la cystostomie apparaît comme le seul moyen de sauver le malade; on la pratique. La fièvre qui persistait depuis quinze jours disparaît et la température redevient normale trois jours après l'intervention. Trois mois après, le malade est continent.

Si l'on rapproche ce cas et plusieurs autres classés dans notre travail de ceux rapportés par M. Guyon dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (mai 1895), où la cystostomie a amené une défervescence complète et presque immédiate chez deux malades traités en vain depuis plusieurs jours par la sonde à demeure, on doit, écartant les chiffres bruts donnés par les statistiques, on doit se convaincre que la cystostomie est le plus puissant moyen thérapeutique à opposer aux infections aiguës.

Moins brillants paraissent dès l'abord les résultats obtenus dans les formes chroniques, où, comme pour les infections aiguës, ce sont tantôt des phénomènes d'infec-

tion seuls, tantôt des phénomènes d'infection et de rétention associées qui ont nécessité l'intervention.

Sur 21 opérés, en effet, nous relevons :

Morts	12
Chez les survivants :	
Rétablissement des fonctions normales	3
Incontinents	4
Pas de renseignements ultérieurs.	2

Malgré le nombre assez considérable de morts post-opératoires, c'est dans cette classe d'infectés que l'on trouve les résultats les plus brillants de la cystostomie, car on avait à faire aux malades les plus gravement atteints. La lecture des observations nous montre en effet des cures véritablement merveilleuses obtenues chez des malades que l'on croyait voir mourir dans les vingt-quatre heures, comme dans les cas relatés par exemple dans les observations LIII et LXI.

A côté de ces guérisons, il en est d'autres non moins brillantes obtenues par M. Poncet chez un malade « qui est amené dans le coma et n'ayant plus que quelques heures à vivre » (obs. LII), ou bien encore chez un prostatique dont la vessie, selon l'expression de notre maître, ressemblait à un véritable égout collecteur.

Dans les cas où la mort est survenue peu de temps après l'intervention, très souvent la cystostomie avait été pratiquée presque *in extremis* chez des malades dont les voies urinaires supérieures étaient déjà atteintes et chez qui tous les autres procédés avaient échoué ou avaient même fait œuvre nuisible.

Nous voyons donc qu'ici, comme en bien d'autres circonstances, la statistique brute ne peut donner que des idées erronées. Seule la lecture des observations montre que la cystostomie pratiquée d'urgence, c'est-à-dire dès le péril révélé est entre les mains des chirurgiens le plus sûr et le plus puissant moyen thérapeutique. Elle nous montre, en outre, que dans cette classe de malades plus encore que dans toute autre, la temporisation est fatale et doit être rejetée.

II. Cancer de la prostate et tumeurs inopérables de la vessie.

Nous avons recueilli cinq observations de cystostomie pratiquée d'urgence soit pour faire cesser des hématuries graves par leur abondance, soit pour calmer des douleurs atroces.

Dans les cas où l'opération a été faite assez tôt, on a obtenu les magnifiques résultats que l'on était en droit d'attendre, c'est-à-dire une grande amélioration passagère des symptômes, sans propagation de la tumeur aux bords du méat hypogastrique.

Dans les cas où l'on est intervenu trop tard, la douleur a disparu, il est vrai, mais peu de temps après, le malade est passé de vie à trépas.

III. Rétrécissements compliqués de l'urètre.

Dans les cas de rétrécissements compliqués de l'urètre, la cystostomie d'urgence a donné d'excellents résultats,

sauf dans la deuxième observation où le malade avait été opéré *in extremis*.

Dans les deux autres, en effet, elle a d'abord sauvé les malades d'une mort presque certaine; et en second lieu, elle a permis, dans le premier cas, de réparer avec quelques chances de réussite un périnée délabré, dans le dernier de dériver définitivement le cours des urines chez un malade dont la vessie était devenue le siège d'une tumeur qui s'était propagée au canal de l'urètre, et rendait la miction normale impossible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Tuffier, Société de chirurgie). — *Cathétérisme impossible.* — *Urétrorragie.* — *Ponctions.* — *Cystostomie.*

X..., soixante-cinq ans, amené à Beaujon, le 20 décembre 1892, atteint de rétention aiguë d'urine depuis vingt-quatre heures. Accidents prostatiques remontant à deux ans. La veille de son entrée, après des excès de régime, il est pris de rétention complète. Des tentatives infructueuses sont pratiquées et le malade est amené avec de l'urétrorragie, la verge gonflée et douloureuse.

A son entrée, le cathétérisme est impossible, et l'interne pratique une ponction hypogastrique avec aspiration. Les ponctions sont renouvelées pendant quatre jours.

Le 24, température 39 degrés, état général très grave.

Le cathétérisme étant impossible, M. Gervais de Rouville pratique la cystostomie et trouve la région prévésicale infiltrée de liquide urinaire.

Les suites opératoires sont très simples.

Le 20 juillet, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Onze mois après, état général excellent; le malade urine par la verge et se sonde le soir pour vider sa vessie,

OBSERVATION II (Tuffier, Société de chirurgie 1894). — *Rétention aiguë. — Cathétérisme impossible. — Ponctions. — Cystostomie.*

X..., soixante-quinze ans, est atteint le 7 juin de rétention aiguë levée par la sonde. Le lendemain, la rétention réapparaît.

Pendant la journée du 8, on fait deux ponctions. Cathétérisme toujours impossible. Urétrorragie. Température 38°5.

Le 9, on pratique deux nouvelles ponctions. T. 39 degrés.

Le 10, même état général et local. Température 38°5. Cystostomie sus-pubienne.

Le soir l'état général est meilleur. Température 38 degrés.

Le malade se rétablit promptement. *Deux mois après, il urine par son urètre.* Santé générale parfaite, léger suintement par la fistule sus-pubienne.

OBSERVATION III (Polaillon, Société de chirurgie). — *Rétention aiguë. — Cathétérisme impossible. — Ponction. — Cystostomie.*

X .., soixante-douze ans, pris de rétention aiguë d'urine après un exercice violent. Cathétérisme infructueux fait par un médecin et fausses routes.

Le cathétérisme restant impossible, ces phénomènes étant pressants, on fait une ponction de la vessie.

Le lendemain, cathétérisme toujours impossible. On pratique la cystostomie suivie de cathétérisme rétrograde.

Résultats parfaits. Fistule vite et complètement fermée.

OBSERVATION IV (Thèse Bonan, résumée). — *Accidents répétés de rétention. — Cathétérisme impossible. — Cystostomie.*

M. B..., de Nevers, soixante-douze ans. Troubles de la miction depuis dix ans. Pris le 4 mai 1895 d'un accès de rétention complète après un trajet en chemin de fer. Un médecin appelé brise

une sonde dans le canal. Le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu où le fragment de sonde tombe spontanément et où on peut passer un n° 16.

6 mai. — Rétention complète. Cathétérisme impossible, Urétrorragie.

M. Poncet pratique la cystostomie.

A la fin du mois le malade quitte l'hôpital. Son état général est excellent.

20 mars 1892. — *Continence parfaite*. Le malade éprouve des besoins d'uriner toutes les quatre ou cinq heures. Santé parfaite.

Mars 1894. — Incontinence.

OBSERVATION V (th. Bonan, résumée). — *Accidents aigus de rétention. — Cystostomie. — Rétablissement des fonctions. — Nouvelle rétention. — Cystostomie réitérative.*

S. F..., soixante-cinq ans, atteint le 4 juillet 1891 d'une première rétention d'urine. Cathétérisme, légère urétrorragie.

Le 6, cathétérisme impossible. Fausses routes. Le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu.

Cathétérisme pratiqué avec sonde métallique, permet d'arriver dans la vessie, mais urétrorragie abondante.

Cystostomie.

Suites excellentes, la perméabilité du canal se rétablit sous l'influence du cathétérisme régulier.

Nouvel accès de rétention et cathétérisme impossible le 17 juillet 1892.

Nouvelle cystostomie. L'état général s'améliore. Mort en novembre de pneumonie.

OBSERVATION VI (th. Lagoutte).

M. D..., soixante et onze ans. Rétention aiguë. Entré à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} mars 1892. *Cathétérisme impossible et urétrorragie.*

Cystostomie sus-pubienne. Guérison. *Oblitération rapide du méat sus-pubien.*

1^{er} septembre 1894. — Etat général parfait. N'a jamais eu recours au cathétérisme.

OBSERVATION VII (thèse Lagoutte).

G. L., soixante-quatorze ans. Apporté à l'Hôtel-Dieu le 7 décembre 1891, dans un très mauvais état général. Rétention datant de trois jours. Des cathétérismes infructueux se sont accompagnés d'une urétrorragie abondante.

A son entrée, urétrorragie et cathétérisme impossible. Cystostomie. Guérison.

Incontinence.

OBSERVATION VIII (th. Lagoutte).

A. G., pris au mois d'avril 1891 de rétention brusque.

Au bout de quatre jours cathétérisme impossible.

Ponction de la vessie. Le cathétérisme restant impossible, M. Poncet pratique la cystostomie.

Edème du tissu cellulaire. On voit sourdre un jet d'urine continu par l'orifice qu'a laissé l'aiguille de Potain.

Guérison. Un mois et demi après le malade reprend ses occupations. Incontinence partielle.

OBSERVATION IX. (th. Lagoutte).

A. C., soixante-treize ans. Premier accident et rétention datant de trois ans.

Le 7 avril 1892, rétention brusque et complète. Le cathétérisme devenant difficile, le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu. L'interne de garde ne peut pratiquer le cathétérisme et détermine une urétrorragie.

Le lendemain, M. Jaboulay essaye aussi, mais vainement, le sondage et pratique la cystostomie.

Guérison rapide. Oblitération du méat, mais persistance d'une fistule qui laisse suinter quelques gouttes à l'occasion de besoins pressés.

OBSERVATION X (thèse Lagoutte).

M. Z..., soixante-neuf ans Prostate énorme. *Impossibilité du cathétérisme*. Rétrécissement de l'urètre.

Cystostomie, le 2 août 1890.

Le malade sort avec un bon état général, un mois après. Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XI (thèse Lagoutte).

L. N..., soixante-sept ans, cultivateur. Accidents urinaires anciens (dix ans).

Entré le 24 janvier 1892 avec *urétrorragie survenue à la suite de cathétérismes infructueux*.

Ponctions aspiratrices : urines claires avec traces de sang.

Cystostomie le 25 janvier. Aucune réaction locale. Sorti en bonnes conditions le 29 janvier.

Pas de renseignements ultérieurs.

OBSERVATION XII (thèse Lagoutte).

B. G..., quatre-vingts ans. Pris le 7 juin 1890 de rétention aiguë.

Le deuxième cathétérisme étant resté sans résultat, le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 12 juin 1890.

Cathétérisme impossible. Fausses routes. Urétrorragie.

La rétention persistant malgré deux ponctions hypogastriques, M. Poncet fait la cystostomie.

Résultats excellents, le malade quitte l'Hôtel-Dieu le 18, avec un bon état général.

Rétrécissement très grand du méat sus-pubien.

Mort le 9 octobre 1890.

OBSERVATION XIII (thèse Lagoutte)

C. F..., cinquante-sept ans. Troubles urinaires depuis plusieurs années. Entre à l'hôpital avec rétention complète datant de dix jours.

Du 10 au 13 juin 1893, cathétérisme régulier.

13 juin. — *Cathétérisme difficile, urétrorragie.* M. Jaboulay ne pouvant la pratiquer, la cystostomie est faite par M. Villard. Suites excellentes. *Rétablissement des fonctions par l'urètre.*

23 novembre 1893. — Nouvel accès de rétention complète. Cystostomie réitérative.

Tendance au rétablissement de l'urination normale.

OBSERVATION XIV (th. Lagoutte).

D. L., soixante-sept ans. Troubles urinaires depuis deux ans.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1894 pour rétention complète datant de huit jours. Cathétérisme deux fois par jour.

6 mars. — Etat général bon. Cathétérisme facile avec sonde à bécquille.

7 mars. — La sonde passe avec la plus grande difficulté. On provoque une *abondante urétrorragie* pendant les tentatives. Cystostomie.

Suites très simples.

Octobre 1894. — M. Poncet revoit le malade.

Le malade est continent, pas une goutte d'urine ne passe par l'urètre, la santé est excellente.

OBSERVATION XV (th. Lagoutte).

B. L., soixante-treize ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 28 décembre 1893, pour un accès de rétention aiguë.

26 décembre. — Accès de rétention complète à la suite d'un léger excès. Cathétérisme facile.

28 décembre. — Le médecin ne peut plus passer, provoque une hématurie et envoie le malade à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, vessie distendue. Pas de fièvre. Difficultés du cathétérisme à cause d'une fausse route.

30 décembre. — *Mêmes difficultés pour le cathétérisme. Aspect cachectique. Teinte jaune des téguments. Urines louches.*

On pratique la cystostomie.

9 janvier. — Le malade quitte l'hôpital perdant toutes ses urines. Etat général médiocre, toux et crachats abondants. Mort trois semaines après sa sortie, avec des signes de catarrhe purulent.

OBSERVATION XVI (thèse Lagoutte).

C. H., soixante-six ans. Est pris le 2 janvier 1894 d'un accès de rétention aiguë à la suite d'excès de boisson.

Des cathétérismes infructueux sont suivis de fausses routes et d'urétrorragies, et le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu.

Cathétérisme très difficile. On pénètre dans une fausse route et on détermine de nouveau une urétrorragie.

La rétention persistant malgré les grands bains, les cataplasmes, on pratique la cystostomie le 5 janvier. Suites simples, guérison rapide.

Quatre mois après, *les fonctions sont complètement rétablies.*

Le malade maintient son trajet fistuleux par la dilatation. Etat général excellent.

OBSERVATION XVII (thèse Lagoutte).

B. B., soixante neuf ans. Atteint depuis huit jours de rétention complète. Essais infructueux de cathétérisme faits par un médecin. Légère urétrorragie.

A son entrée à l'hôpital, le 28 avril 1894, cathétérisme assez difficile avec une sonde à bécuille. Urines claires. Bon état général.

29 avril. — Nouveau cathétérisme qui vide complètement la vessie.

30 avril. — Vessie volumineuse. *Impossibilité du cathétérisme.* M. Curtillet pratique la cystotomie.

Suites simples. Le malade quitte l'hôpital, perdant encore toutes ses urines, le 12 mai.

Octobre 1894. — Etat général excellent. *Méat hypogastrique continent.*

OBSERVATION XVIII (th. Lagoutte).

L. R..., soixante-quatorze ans. Entre le 9 février 1893 à l'hôpital Bichat. Depuis quatre à cinq ans, est pris de temps à autre d'accès de rétention cédant à un ou deux cathétérismes.

Est pris le 8 février d'un accès de rétention aiguë.

Essais infructueux de cathétérismes, et *fausses routes*. A son entrée, cathétérisme impossible, et ponction par l'interne de service.

Le lendemain, le *cathétérisme étant impossible*, M. Hartman pratique la cystostomie avec cathétérisme rétrograde.

Les suites sont des plus simples et le malade quitte l'hôpital le 12 mars, *urinant complètement et normalement par l'urètre*.

OBSERVATION XIX. (Dr Guillemot, *Lyon médical*, 1893.)

X..., soixante-dix ans, atteint depuis quelques jours d'un accès de rétention aiguë avait déjà été sondé avec beaucoup de peine les jours précédents par le Dr Vital.

M. le Dr Guillemot essaie en vain de pénétrer dans la vessie avec une sonde molle, puis avec une sonde à bécuille. Il s'engage dans des fausses routes. En présence de ces difficultés, il pratique la cystostomie (18 décembre 1892).

22 décembre. — Le malade va bien, n'a pas de fièvre.

Le Dr Guillemot parvient à passer une sonde par l'urètre et la fixe à demeure.

Cette sonde n'est pas supportée. Au bout de six jours, le Dr Vital est forcé de la retirer et ne peut en introduire une autre, le malade s'y opposant du reste.

Mort trente-six jours après l'intervention.

OBSERVATION XX. (Dr Guillemot, *Lyon médical*, 1893)

R. L..., soixante-quatorze ans, a éprouvé des difficultés pour uriner depuis plusieurs années. Il n'a jamais été sondé.

Rétention aiguë le 8 août. Le D^r Vital ne peut pratiquer le cathétérisme et fait appeler M. le D^r Guillemot.

La vessie dépasse l'ombilic de plusieurs travers de doigt.

Ponction aspiratrice. On retire 1250 grammes d'urine.

Le 10 août 1893, après *d'infructueux essais de cathétérisme*, on pratique la cystostomie.

Suites très simples. Le onzième jour le malade commença à se lever.

Deux mois après, *continence du méat suspubien*.

Le malade garde les urines quatre ou cinq heures. Le jet est projeté à distance.

OBSERVATION XXI (M. Routier, Société de chirurgie). — *Rétention aiguë*. — *Sonde à demeure*. — *Cystostomie*.

P..., soixante-trois ans. Entre à la salle Civiale le 2 juillet 1894 pour une rétention aiguë. Troubles de la miction depuis un an environ.

Tout s'arrêtait en avant du bulbe; je passai cependant une bougie filiforme que je fixai, mais qui tomba la nuit. Le 10, je pratiquai l'urétrotomie interne et mis la sonde à bout coupé n° 16.

Nouvel accès de rétention quand on enleva cette sonde. Je passai une sonde à bécuille n° 16 qui fut fixée. Le lendemain sans douleur, sans fièvre, hématurie assez forte.

Nouvelle rétention quand on enleva cette sonde, nouvelle hématurie quand on la remit.

Le malade était très maigre, ne mangeait plus, sa langue se desséchait, je résolus de faire la cystostomie le 28 juillet.

Les suites furent des plus simples. Le malade va aujourd'hui très bien. Il garde plus de 200 grammes d'urine dans sa vessie, sans qu'il en sorte par la fistule. Il urine par l'urètre en produisant un jet très fort.

OBSERVATION XXII. — *Rétention aiguë. — Cathétérisme impossible. — Cystostomie.*

R. A..., soixante-quatorze ans, demeurant à Culoz (Ain).

Début de la dysurie, il y a deux ans, par pollakiurie nocturne. N'a jamais eu d'accès de rétention aiguë.

Il y a huit jours, le malade a été pris de rétention aiguë. Mais il n'a pas été sondé en dehors de l'hôpital.

A son entrée, 10 septembre 1894, vessie distendue, le malade urine par regorgement.

Le 10 au soir on le sonde difficilement. Sang au méat.

Le 11 au matin, l'interne du service ayant essayé inutilement de pratiquer le cathétérisme, fait une ponction aspiratrice.

Le 11 au soir, M. Jaboulay essaye, mais en vain, de pratiquer le cathétérisme, et fait la cystotomie après anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Les urines sont claires ; on place une sonde de Nélaton n° 18 dans l'orifice vésical.

14 septembre. — On retire la sonde de Nélaton. L'écoulement des urines se fait très bien.

17 septembre. — Un peu d'érythème autour du méat sus-pubien. Excellent état général.

Le malade sort le 7 octobre 1894. Urètre sus-pubien incontinent. Il émet quelques gouttes par la verge.

Six mois après, la miction s'est rétablie par l'urètre, mais il persiste une petite fistule qui laisse suinter quelques gouttes d'urine à l'occasion des efforts faits pendant la miction.

OBSERVATION XXIII. (Dr Tellier, *Gazette hebdomadaire*, 1894). — *Rétention aiguë. — Cathétérisme impossible. — Cystostomie.*

X..., soixante-huit ans, prostatique amené à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. A. Pollosson, suppléé par le Dr Tellier, avec des phénomènes de rétention datant de plus de deux jours. Impossibilité de pratiquer le cathétérisme ; une fausse route a été produite

à la campagne. Ecoulement d'un peu de sang par le méat. Pas de fièvre. Prostate volumineuse.

Opération d'urgence, 8 février 1894. L'affrontement de la vessie à la peau ne peut se faire exactement.

Le lendemain, les bords de la plaie sont un peu rouges, la température est cependant normale. Le deuxième jour, la rougeur s'est étendue, la température est à 38°5, les signes d'infiltration sont manifestes, on fait sauter les points de suture. L'écoulement de l'urine se fait dans des conditions satisfaisantes. Les jours suivants, la température redevient normale. Le malade quitte le service au bout de trois semaines avec une fistule incontinente. Il n'a pas été revu depuis.

OBSERVATION XXIV (*in th.* Lagoutte). — *Cystostomie pour rétention à la suite d'hématocèle vésicale. — Oblitération du méat hypogastrique.*

M. B..., soixante-sept ans. Pas d'antécédents urinaires.

Le 28 avril 1892, après un diner copieux, est pris en chemin de fer d'une vive douleur dans le bas-ventre. Après un trajet d'une heure, il peut à peine marcher et tente inutilement de vider sa vessie.

M. le Dr Tussau appelé constate une vessie dure tendue. Il introduit facilement une sonde en gomme, mais il ne s'écoule que quelques gouttes d'urine et des grumeaux sanguins.

Le lendemain matin, il passe une sonde à double courant, et tente, mais en vain de dégager la vessie.

En présence de cet état grave, M. Tussau pratique la cystostomie. Suites simples.

Mais à plusieurs reprises, le malade pisse des filets de sang. M. Tussau craignant une récurrence, entretient la perméabilité de l'urètre hypogastrique. Puis, sur les conseils de M. Poncet, il laisse le méat se refermer.

Mai 1894. — Etat général parfait. Fistule complètement fermée.

OBSERVATION XXV (th. Boutan, résumée). — *Hémorragie grave.*
— *Cystostomie.*

X, soixante-cinq ans, a été pris depuis trois jours, sans cause appréciable, d'un pissement de sang abondant. Le cathétérisme alors facile n'avait rien révélé du côté de la prostate.

Le jour de son entrée, accidents de rétention. L'interne ne pouvant pénétrer dans la vessie pratiqua une ponction capillaire.

M. Poncet examine le malade. Le cathétérisme facile avec une sonde en gomme amène trois quarts de verre environ de sang. L'exploration de la cavité vésicale permet de constater l'absence de calculs. Il pense à une tumeur de la vessie, et en présence de ces hématuries abondantes qui avaient considérablement affaibli le malade, il pratiqua la cystostomie.

Infiltration du tissu cellulaire prévésical. Caillots mous diffluents remplissant le bas-fond de la vessie.

L'hémorragie était produite par une hémorroïde ulcérée et fut enrayée par la compression avec un tampon de gaze iodoformée.

OBSERVATION XXVI (th. Bonan). — *Accidents répétés de rétention.* — *Cathétérisme impossible.* — *Ponctions aspiratrices.* — *Infiltration d'urines septiques.* — *Cystostomie.* — *Mort.*

S. F..., soixante-dix-huit ans, cultivateur.

Troubles urinaires datant de deux ou trois ans. Pas d'accidents notables jusqu'aux quinze derniers jours.

Tout à coup, sans cause appréciable, rétention brusque, complète. Incontinence par regorgement.

Le cathétérisme bi-quotidien pendant une quinzaine de jours devient très dangereux.

Le 10 juin 1890, le cathétérisme devient impossible, le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu par son médecin.

A son entrée, l'état général est alarmant. Le malade n'a pas

uriné depuis trente-six heures. On constate des fausses routes. On pratique à deux reprises la ponction hypogastrique.

Le lendemain, température 39 degrés. Œdème des bourses et de la partie inférieure de la paroi abdominale qui est en même temps un peu rouge et sensible. Langue sèche et noirâtre.

M. Poncet pratique la cystostomie.

Phlegmon prévésical.

A l'ouverture de la vessie, issue d'une grande quantité d'urines d'odeur ammoniacale

16 juin. — L'état général s'est amélioré; presque plus de fièvre, retour de l'appétit, langue moins sèche.

Le malade demande sa sortie.

Mort huit jours après accidents septicémiques.

OBSERVATION XXVII (th Lagoutte). — *Cystostomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique. — Empoisonnement urinaire suraigu.*

G. P..., soixante-quinze ans. Troubles de la miction remontant à dix-huit mois. Depuis quinze jours, aggravation des symptômes à la suite d'un refroidissement, puis rapidement rétention absolue. Un médecin appelé pratique le cathétérisme et depuis on est forcé d'avoir recours chaque jour à la sonde pour faire uriner le malade.

Il entre à l'hôpital avec tous les signes d'un empoisonnement urinaire grave. Température 38°4, frissons, anorexie absolue, langue sèche et rôtie.

9 mars. — Cystostomie. Il s'écoule une urine fétide mêlée de sang et de pus.

Pendant les jours suivants, la température s'abaisse un peu, mais oscille toujours entre 38 et 39 degrés. L'état général reste grave.

22 mars. — Hémorragie abondante provenant du bas-fond vésical. Mort.

OBSERVATION XXVIII (th. Lagoutte). — *Cystostomie sus-pubienne pour empoisonnement urinaire provoqué par la sonde à demeure.*

M. P..., soixante-dix ans. A été pris subitement de rétention aiguë le soir du mariage de sa fille. Après certaines difficultés, le médecin appelé peut pratiquer le cathétérisme.

Les jours suivants on place une sonde à demeure qui paraît d'abord remplir très bien l'indication, mais bientôt, frisson intense. La température s'élève rapidement à 39, puis 40 degrés, pour atteindre 40°7 le 10 novembre au soir.

La sonde à demeure est enlevée naturellement dès le début des accidents. On pratique plusieurs fois par jour le cathétérisme suivi de lavages boriqués.

Ces sondages sont extrêmement pénibles pour le malade qui souffre d'une cystalgie atroce aussitôt que la vessie renferme quelques gouttes d'urine. Au moment où M. Poncet voit le malade, l'état est excessivement grave. Température 40°5.

11 novembre. — Cystostomie. Il s'écoule après incision de la vessie une certaine quantité d'urines fortement colorées.

14 novembre. — Le malade meurt dans la nuit avec une température de 41°7.

Après l'intervention, les douleurs avaient disparu, mais les phénomènes infectieux avaient continué à évoluer rapidement.

OBSERVATION XXIX (th. Bonan, résumée). — *Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. — Cathétérisme douloureux et difficile. — Accidents aigus d'infection.*

M. L. D., ex-chirurgien de l'Antiquaille, quatre-vingts ans. Légers troubles prostatiques depuis un an.

Pendant les derniers mois quelques troubles gastriques, petits frissons.

Pas de cathétérisme antérieur.

Le 12 décembre 1891, accès de rétention aiguë.

Du 12 au 22 décembre, traitement par le cathétérisme, la sonde à demeure, les lavages vésicaux.

23 décembre. — En raison des difficultés du cathétérisme extrêmement douloureux et laborieux et devant être très souvent répété, à cause de la cystite, de l'état des urines troubles, ammoniacales, et surtout de l'état général, fièvre, anorexie, teinte jaune sale de la peau, on décide le malade à se soumettre à la cystostomie.

A la suite, disparition graduelle des accidents.

Rétrécissement du méat qui arrive peu à peu à être continent, de sorte qu'au 22 mars M. D... gardait ses urines cinq heures et demie environ.

Mort le 23 décembre 1893 d'une néoplasie pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION XXX (th. Bonan). — *Rétention d'origine prostatique. — Fausses routes multiples. — Cystostomie. — Mort.*

M. X. soixante-cinq ans, atteint de rétention depuis vingt-quatre heures. Tentatives inutiles de sondage par le malade et par un médecin.

Fausses routes dans lesquelles on s'engage en provoquant un écoulement sanguin abondant.

Cystostomie le 1^{er} juillet 1889.

Urines d'abord claires, puis sanguinolentes, d'odeur ammoniacale. Mort le 7 juillet.

Autopsie. — Pas de péritonite; profondes fausses routes dans le bulbe de l'urètre. Foyers septiques à ce niveau. Lésions des bassinets et des reins.

OBSERVATION XXXI (th. Bonan). — *Cystostomie pour rétention prostatique. — Ponctions vésicales répétées et infection aiguë.*

R... F..., soixante-treize ans. Entré le 16 septembre 1890.

Le cathétérisme était devenu impossible au dire du malade, même avec des sondes de petit calibre.

Urétrorragie il y a huit jours, à la suite d'un cathétérisme pratiqué à la campagne. Fausses routes.

De nouvelles tentatives s'accompagnent d'hémorragies ; cystostomie. Il s'écoule 1 litre 1/2 d'urine foncée, d'odeur fétide. Parois très vascularisées, friables.

Le malade sort guéri. Incontinent.

Mort le 25 janvier 1892, de cause inconnue.

OBSERVATION XXXII (th. Lagoutte) — *Cystostomie sus pubienne pour rétention datant de dix jours. — Empoisonnement urinaire.*

X..., soixante-deux ans. Pas d'antécédents urinaires.

Pris vers le milieu du mois de mai 1892 d'une rétention brusque d'urine à la suite d'excès de table. Il est d'abord sondé assez facilement, mais depuis dix jours la vessie n'a pu être vidée que par des ponctions sus-pubiennes.

M. Poncet voit le malade le 26 mai 1892 et pratique une tentative infructueuse de cathétérisme qui amène une hémorragie.

Cystostomie séance tenante.

Le tissu prévésical offre tous les signes d'une inflammation septique.

L'urine qui s'écoule à l'ouverture de la vessie est acajou, d'odeur ammoniacale.

29 mai. — L'urine s'écoule par la plaie, mais l'état général est médiocre.

30 mai. — Il existe un phlegmon dont le point de départ est le tissu prévésical infiltré. Incision suivie d'une amélioration progressive.

4 juillet. — Rétablissement définitif des mictions normales.

Bon état général.

Juillet 1894. — Excellent état général. Depuis l'opération n'a plus eu de rétention complète.

OBSERVATION XXXIII (th. Lagoutte). — *Cystostomie sus-pubienne pour rétention prostatique avec empoisonnement urinaire chronique.*

M... C..., soixante-dix-huit ans, est envoyé à M. Poncet le 8 décembre 1892.

Le Dr Sainclair avait vu le malade avec une rétention absolue, des troubles généraux graves, fièvre, délire, muguet.

Pendant plusieurs jours il avait pu passer des sondes, quand brusquement, le 6 décembre, le cathétérisme devint impossible.

Lorsque M. Poncet vit le malade, il avait une rétention complète et était en état d'empoisonnement urinaire aigu.

La cystostomie fut pratiquée immédiatement et il s'écoula un demi-litre d'urine sanguinolente et d'odeur ammoniacale.

9 décembre. — Le malade a souffert un peu dans la nuit à cause d'une évacuation imparfaite par le nouveau méat.

13 décembre. — Alimentation possible. Ecoulement facile des urines.

23 décembre. — M... C... quitte la maison de santé avec un urètre incontinent.

Mort le 4 janvier 1893 d'affaiblissement progressif.

OBSERVATION XXXIV (th. Lagoutte). — *Cystostomie pour rétention et infection urinaire aiguë.*

F..., soixante et onze ans. A eu déjà plusieurs accès de rétention, un il y a dix ans, un autre il y a deux ans ayant cédé au cathétérisme.

Nouvelle rétention datant de trois semaines. Le malade est d'abord sondé par un médecin, puis le cathétérisme devenant impossible, on pratique plusieurs ponctions. Enfin le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu, le 12 avril 1893. Une grosse sonde introduite sans difficulté donne issue à des urines purulentes.

13 avril. — La rétention persiste. L'état général est mauvais ; la température s'élève à 40°4. Cystostomie. Les jours suivants,

la température baisse peu à peu et tombe à la normale vers le 25.

Mai. — La plaie abdominale tend à s'oblitérer; les urines sortent par la verge. Etat général excellent.

Septembre 1894. — Miction normale par l'urètre. Persistance d'une petite fistule.

OBSERVATION XXXV (th. Lagoutte). — *Rétention et infection urineuse aiguës. — Cystostomie. — Guérison.*

M. . Ch..., soixante-quinze ans. Accidents urinaires remontant à quinze ans.

Présente le 6 avril 1893 des symptômes de rétention et d'infection urinaire. Sondage et lavage de la vessie par M. le Dr Rondet, de Neuville, qui amènent une amélioration.

Nouveau sondage vingt-quatre heures après. Frisson intense.

Température, 40 degrés. Les jours suivants, jusqu'au lundi 10 avril, la température oscille entre 39 et 40 degrés. Etat général extrêmement grave.

Cystostomie le 10 avril. Le malade est dans un état grave avec angoisse, agitation, subdélirium presque continu.

17 avril. — Grande amélioration. Température normale.

Trois semaines après l'opération, le malade commence déjà à retenir ses urines.

Juillet 1894. — Etat général excellent. Méat hypogastrique absolument continet; le malade éprouve toutes les cinq heures le besoin d'uriner.

OBSERVATION XXXVI (th. Lagoutte). — *Cystostomie pour empoisonnement urinaire d'origine prostatique. — Mort. — Pyélonéphrite.*

C. C., soixante-dix ans, a des troubles urinaires depuis un an. Depuis un mois est forcé de se sonder souvent lui-même. Depuis huit jours l'état général qui, depuis plusieurs mois s'était progressivement altéré, s'aggrave brusquement. Hoquet, frisson après chaque cathétérisme. Langue sèche, vomissements. Température 40°2.

24 juin 1893. — En raison de cet état grave, et bien qu'on pût passer assez facilement une sonde, M. Poncet pratiqua la cystostomie.

26 juin — L'écoulement des urines est assuré par une sonde.

29 juin. — L'état général s'améliore. Température 38 degrés.

2 juillet. — Le malade sort, les phénomènes généraux ont disparu.

10 juillet. — On le ramène mourant.

L'autopsie révèle des lésions de pyélonéphrite

OBSERVATION XXXVII résumée. (Rollet, *Archives provinciales de chirurgie*, novembre 1893). — *Empoisonnement urinaire.* — *Cystostomie.* — *Guérison.* — *Continence partielle de l'urètre contre nature.*

B. D..., quatre-vingts ans, entré le 30 août 1892, à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet. Troubles de la miction depuis six ans.

Il rentre pour rétention complète. Cathétérisme évacuateur.

31 août. Le malade est sondé à nouveau. On prescrit des bains, cataplasmes, lavements opiacés. Les jours suivants, phénomènes de cystite. Urines troubles un peu laiteuses.

22 septembre. — Température 38°8. Phénomènes de cystite très marqués, malgré la sonde à demeure et les lavages antiseptiques.

23 septembre. — Toujours des phénomènes généraux graves, 40 degrés, urines troubles et purulentes.

24 septembre. — Même état. M. Rollet pratique la cystostomie.

26 septembre. — Amélioration notable. Température 38°1. Irrigations vésicales.

1^{er} novembre. — Le malade mange et se promène. Il éprouve toutes les heures le besoin d'uriner.

A partir du 4 novembre, la fistule se ferme rapidement; mais alors apparaissent de grandes difficultés dans la miction. Le cathétérisme urétral à l'aide de sondes à bécilles n'aboutissant pas, M. Gangolphe fait une nouvelle incision hypogastrique.

A la fin du mois de novembre, le sujet peut uriner volontairement par l'hypogastre.

OBSERVATION XXXVIII résumée (Rollet, *loco citato*)

C. J..., cinquante-huit ans, entré le 11 octobre 1892, à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet.

Depuis cinq ans mictions plus fréquentes, surtout la nuit.

9 octobre. — Rétention aiguë à la suite d'une promenade. Ayant essayé d'uriner, il n'a pu émettre que quelques gouttes d'urine, et il resta dans cet état jusqu'à son entrée à l'hôpital.

12 octobre. — L'état de rétention continue; on donne au malade des bains de siège et des lavements. Les jours suivants, le malade se plaint de douleurs, les urines sont troubles, 38 degrés. Cathétérisme douloureux. Insomnie.

24 octobre. — Insomnie toujours complète, douleurs vives, mictions incessantes. Température 40 degrés, malgré des sondages antiseptiques.

25 octobre. — Cystostomie. Sonde de de Pezzer dans l'urètre. Drain dans la plaie hypogastrique. Le soir, 39°5. Suites simples; le 3 octobre, la température est retombée à la normale, 37°2.

Le méat sus-pubien se rétrécit petit à petit et finit par s'oblitérer complètement.

OBSERVATION XXXIX (th. Lagoutte). — *Cystostomie pour rétention et infection urinaire. — Guérison. — Urètre contre nature continent.*

R. F..., soixante-sept ans. Début des troubles urinaires au mois de mars 1893.

Au mois de juillet, rétention complète. Le médecin appelé pratique trois fois le cathétérisme et envoie le malade à l'hôpital de la Croix-Rousse.

A son entrée, 15 août, état général très mauvais, appétit disparu, langue sèche, vessie très distendue. Température 38°5. Le cathétérisme immédiat évacue 1 litre 1/2 d'urines troubles.

21 août. — Rétention toujours complète, symptômes généraux

graves. La température s'élève à 39°6. La langue est rôtie, les urines de plus en plus troubles. *Cystostomie*.

Peu à peu la température s'abaisse pour revenir à la normale et ne plus la quitter à partir du 30 août. A sa sortie, le 25 septembre, le malade a un état général excellent. L'appétit est revenu. Il garde ses urines pendant une heure et demie à deux heures.

Septembre 1894. — Etat général excellent. Continence parfaite. Au moment des besoins, l'urine est projetée à 1 mètre ou 1^m50. Jamais plus le malade n'a eu de fièvre ni de frissons.

OBSERVATION XL (Tuffier, *Société de chirurgie*). — *Rétention aiguë et infection*. — *Sonde à demeure*. — *Ponction*. — *Cystostomie*. — *Phlegmon prévésical*. — *Mort*.

Le 22 septembre 1893, j'étais appelé à Marly pour voir un homme de soixante-trois ans, atteint de rétention aiguë complète depuis une quinzaine de jours.

Le cathétérisme étant devenu difficile le quatrième jour après la rétention, on avait placé une sonde à demeure. Après quarante-huit heures, la sonde fut retirée, mais de nouvelles difficultés survinrent pour en introduire une nouvelle le lendemain.

Quand je fus appelé, le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, il était fébricitant, la verge était tuméfiée et laissait écouler une notable quantité de sang. Je pus mettre une sonde à demeure et évacuer une urine noirâtre et sans caillots.

Les jours suivants, l'état général restait mauvais, la fièvre persistait, la sonde était mal tolérée, on dut faire une ponction hypogastrique. Une nouvelle sonde à demeure fut placée avec beaucoup de difficultés et on m'envoya le malade le 7 octobre 1893.

Etat général grave, température, 38°5, le canal suppure.

J'administre la quinine, je prescris le régime lacté, l'antisepsie vésicale.

Le lendemain, l'état s'est encore aggravé; j'enlève la sonde et, trouvant des difficultés à en introduire une autre, je me décide à pratiquer le soir même la cystostomie.

Opération simple, mais épanchement uro-purulent fétide dans la cavité de Retzius.

Le lendemain matin, le malade, épuisé, succombait.

OBSERVATION XLI (résumée). — (M. Debaissieux, *Académie de médecine de Belgique*, 1894.) — *Rétention d'urine chez un prostatique. — La ponction hypogastrique au gros trocart et la sonde à demeure ne peuvent enrayer la marche des accidents. — Cystostomie. — Rétablissement de la santé. — Urètre hypogastrique continent.*

H. M., soixante-dix-sept ans. Prostatique amené à l'hôpital le 8 février 1894 pour rétention d'urine datant de trois jours. M. Vercauteren ne parvenant pas à le sonder, évacue la vessie par une ponction capillaire aspiratrice. Le lendemain matin, la rétention s'est reproduite.

Cathétérisme impossible. Je pratique la ponction au gros trocart et j'introduis par la canule une sonde molle que je fixe aux téguments. Irrigation boriquée matin et soir.

Au bout de douze jours, le liquide repassant par l'urètre, je supprime le drainage sus-pubien. Mais, à partir de ce moment, fièvre, soif vive. Le cathétérisme pratiqué ramène 500 grammes d'urine purulente.

Pour éviter le cathétérisme, que la difficulté de surmonter l'obstacle prostatique n'aurait pas manqué de rendre dangereux, je plaçai une sonde à demeure et fis chaque jour trois lavages boriqués de la vessie. Les accidents cessèrent.

Quinze jours plus tard, suppression de la sonde, reproduction des phénomènes de rétention et de septicémie. Température, 40 degrés. La sonde à demeure, appliquée de nouveau et des injections boriquées font renaître le calme. Mais la fièvre ne disparaît plus complètement, la température du soir restant à 38 degrés ou 38°5. La sonde à demeure commence à être mal supportée; elle irrite le canal, et le patient, fatigué, demande sa suppression.

A peine est-elle enlevée de vingt-quatre heures que les accidents septiques prennent une intensité menaçante. Dans ces conditions,

la cystostomie m'apparaît comme le seul moyen de sauver le malade.

Je pratique l'opération de Poncet le 14 mars, suites de l'opération simples. Dès le troisième jour, la fièvre avait complètement disparu. A partir de la sixième semaine, il put retenir ses urines et bientôt après il quitta l'hôpital.

Trois mois après. — Etat général excellent. Urètre hypogastrique continent. Il urine toutes les deux heures la nuit, toutes les heures et demie pendant le jour. L'urine s'échappe quelquefois avec un faible jet, quelquefois en nappe; elle est limpide, sans odeur.

OBSERVATION XLII (th. Auneau, résumée). — *Rétention aiguë.*
— *Etat général grave.* — *Cystostomie.*

C..., soixante-huit ans, entre à la Pitié pour rétention d'urine.

Première rétention aiguë en 1889. Une deuxième rétention s'est déclarée cinq jours avant son entrée. Sondé chez lui, à plusieurs reprises, il arrive avec un urètre saignant et une vessie distendue. La sonde à grande courbure pénètre seule dans la vessie et urétrorragie.

Température, 38°3, langue blanche, appétit nul.

Difficulté toujours grande du cathétérisme. Urétrorragie. M. Lejars pratique la cystostomie le 28 juin, soulagement immédiat. Disparition rapide des accidents généraux. Le fonctionnement du méat hypogastrique s'établit très rapidement.

Le malade sortit à la fin de juillet avec un appareil Colin.

Revu depuis à plusieurs reprises, il était très satisfait. Cependant, ces jours derniers, il est venu demander à ce qu'on lui ferme son méat hypogastrique.

OBSERVATION XLIII (in th. Auneau, résumée). — *Rétention aiguë.* — *Phénomènes généraux graves.*

X..., soixante-dix sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu en octobre 1893. Rétention aiguë durant depuis trente-six heures; cathétérismes

infructueux pratiqués en ville et déchirure de l'urètre. Vessie très distendue, fièvre et symptômes d'infection urinaire grave. Prostate volumineuse.

Impossibilité du cathétérisme avec une sonde molle, puis avec une sonde métallique; du reste l'état de l'urètre déjà maltraité et puis saignant au moindre contact, nous paraissait une contre-indication à prolonger les tentatives.

Cystostomie. Grands lavages à l'eau boriquée chaude. Le soulagement est immédiat, l'état général s'amende rapidement, au dixième jour on enlève les fils. Quatorze mois après l'opération, l'état général est très satisfaisant. L'urine passe par l'un et l'autre canal. Le malade maintient son méat sus-pubien en le cathétérisant.

OBSERVATION XLIV (*in th.* Boutan). — *Rétention aiguë. — Infection urinaire grave.*

X..., soixante-seize ans. Dysurie depuis trois ans. Il y a dix-huit ans rétention d'urine qu'un cathétérisme fit cesser.

Entré à la Pitié le 29 janvier 1893 pour une rétention d'urine datant de quarante-huit heures avec mauvais état général et symptômes d'infection grave. La sonde amène des urines sanglantes. Lavage boriqué.

Le soir cathétérisme difficile avec une sonde en gomme qu'on laisse à demeure. Urines sanglantes.

30 et 31 janvier la sonde fonctionne bien; mais le malade souffre tellement que dans la nuit du 31 au 1^{er} janvier il arrache sa sonde.

Le 1^{er} février il souffre beaucoup. Une sonde en gomme aisément introduite donne issue à un liquide sanglant sans soulagement. Débouchée par aspiration, la sonde laisse sortir une grande quantité d'urines noirâtres. Dans la journée, la sonde laissée à demeure cesse de fonctionner, d'où vives souffrances.

2 février. Mêmes difficultés d'évacuer. Sonde à demeure très douloureuse.

Jusqu'au 4 février la sonde à demeure ne fonctionne pas. Douleurs violentes. Urines toujours sanglantes.

Le 4 février, en présence des accidents, des difficultés du cathétérisme et des douleurs intenses, M. Tillaux pratique la cystostomie. Température 38°2.

Soulagement immédiat. Le soir température 37°5.

5 février. Dyspnée, râles fins aux deux bases.

6 et 7 février. Douleur à la pression au niveau du rein gauche.

Mort le 10 février.

OBSERVATION XLV. — *Rétention et infection aiguës. — Cystostomie. — Guérison.*

T. G., soixante et un ans, charron. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe le 4 septembre 1895.

Troubles urinaires remontant à un an. Envies fréquentes d'uriner surtout la nuit, mictions plus abondantes, gêne dans la miction. Troubles plus prononcés à la suite des excès.

Il y a un mois à la suite d'excès de boisson il fut pris d'un accès de rétention aiguë. La rétention d'urine resta complète pendant huit jours, et on dut avoir recours au cathétérisme.

Depuis le malade urine par regorgement d'une manière continue.

A l'entrée, la vessie est distendue. La miction se fait par regorgement. Au toucher on sent une prostate grosse et lisse. Le malade a de la fièvre, la langue est sèche, la soif vive.

On traite le malade par des cathétérismes réguliers et des lavages, mais la température augmente et monte rapidement à 41 degrés le 9 septembre.

Etat général grave ; langue sèche rouge sur les bords. Le malade est anxieux.

En présence de ces accidents M. Curtillet pratique la cystostomie sus-pubienne.

On arrive facilement sur la face antérieure de la vessie. Le cul-de-sac péritonéal ne descend pas très bas. Incision de deux centimètres environ. Les parois de la vessie sont d'une très grande épaisseur, par hypertrophie de la couche musculaire. Cette grande épaisseur rend difficile la suture de la vessie à la peau qui ne se

fait qu'incomplètement sur plusieurs points. Quatre points de suture. Vessie à colonne. Grosse prostate surtout développée du côté de son lobe moyen qui fait une forte saillie en arrière, mais qui ne forme pas une tumeur pédiculée.

Les muscles grands droits forment une boutonnière extrêmement résistante qui serre fortement les doigts, mais malgré cela on ne les incise pas.

13 septembre. — Il s'est produit une notable amélioration, mais la température oscille entre 38 et 39 degrés.

Jusqu'à présent l'urine s'est écoulée avec quelques difficultés à cause de la suture imparfaite de la muqueuse à la peau et peut-être de la très grande résistance des grands droits.

15 septembre. — La température baisse peu à peu, l'état général s'améliore.

18 septembre. — La température est tombée à la normale, tous les accidents ont disparu. L'urine s'écoule constamment par le méat sus-pubien.

30 septembre. — Le malade sort en très bon état, mais incontinent.

20 novembre. — Nous revoyons le malade. L'état général est bon. Le malade urine à la fois par la verge et par le méat sus-pubien. Mais les mictions par la verge deviennent de plus en plus fréquentes et abondantes. Quand il est couché il retient ses urines très longtemps; quand il est debout, il a souvent de l'incontinence.

OBSERVATION XLVI. — *Prostatique avec rétention d'urine. — Infection aiguë. — Cystostomie. — Guérison.*

G... J..., soixante-dix-huit ans, charpentier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, le 10 novembre 1895, pour rétention d'urine.

Blennorragie à dix-huit ans.

Il y a deux mois, début des troubles urinaires. Les mictions sont plus fréquentes et plus pénibles, surtout pendant la nuit et le matin au réveil. Le jet est moins fort.

Ces phénomènes s'accroissent après un repas copieux.

Consécutivement, inappétence et insomnie.

Subitement, le lundi 4 novembre, sans cause connue, la miction devient impossible. Après de nombreux efforts, la miction se fait goutte à goutte. Un médecin appelé ne pratique pas le cathétérisme.

Depuis, le malade a continué à uriner par regorgement et d'une manière inconsciente.

A son entrée, la vessie est très distendue, la langue sèche et rôtie, l'état général médiocre.

L'interne de garde réussit à passer une sonde sans grande difficulté et retire 1 litre 1/2 environ d'urine claire et limpide.

11 novembre. — La miction se faisant toujours par regorgement, on pratique des cathétérismes et on fait des lavages de la vessie.

Le toucher rectal permet de sentir une prostate grosse, bosselée.

12 novembre. — La langue est sèche et grillée. Température, 38°2. Nouveau cathétérisme.

Le soir, la température s'élève à 40 degrés

La langue est sèche et rôtie, le malade est dans un état grave. Une intervention immédiate s'impose. M. le Dr Villard, chef de clinique, pratique la cystostomie sus-pubienne d'urgence.

L'incision de la vessie donne issue à 1 litre environ d'urines troubles. La muqueuse vésicale est friable et très fortement congestionnée. Prostate très volumineuse, de la grosseur d'un petit poing. Le toucher prostatovésical dénote une hypertrophie en masse, à forme trilobée. Une prostatectomie n'aurait évidemment rien donné. Quatre fils à suture unissent la paroi vésicale à la peau.

13 novembre. — Amélioration très notable. Le malade a pu dormir pendant la nuit. Température, 38°5.

16 novembre. — La température est complètement tombée à la normale. Le malade dort et mange bien; il accuse un bien-être inaccoutumé.

20 novembre. — L'état général est bon. Disparition de tous les symptômes. Le malade songe à se lever.

OBSERVATION XLVII (th. Bonan). — *Prostatique faisant depuis longtemps usage du cathétérisme. — Accidents suraigus de rétention. — Sondage impossible. — Cystostomie. — Mort.*

J... N., soixante-quatorze ans. Entré le 25 mai 1890 pour accidents urinaires.

Début, il y a dix ans, par pollakiurie abondante.

On pratique le cathétérisme pendant plusieurs années.

Depuis deux ans, incontinence par regorgement. Depuis un mois, le malade ne se sonde qu'avec une extrême difficulté.

Il y a huit jours ne parvenant pas à introduire sa sonde, il fit appeler un médecin qui y parvint avec beaucoup de difficulté et provoqua une urétrorragie.

28 mai. — Le malade eut une vraie hématurie et vint à Lyon.

A son entrée, vessie pleine, distendue. On essaye en vain le cathétérisme avec une sonde molle.

Etat général mauvais. Incontinence par regorgement.

30 mai. — Cystostomie.

A la suite, légère amélioration. Mais la fièvre persiste.

2 juin. — Température normale. Langue sèche, soif, état somnolent. Le malade se fait ramener chez lui et il meurt deux jours plus tard.

OBSERVATION XLVIII (th. Bonan). — *Accidents urinaires d'origine prostatique remontant à dix ans. — Cachexie. — Cathétérisme mal supporté. — Rétention aiguë. — Cystostomie. — Mort.*

D... F..., soixante-neuf ans. Douleurs vésicales remontant à dix ans.

Rétention brusque, il y a quelques années, ayant cédé au cathétérisme. Mais depuis, dysurie continuelle et douloureuse. Polyurie diurne et nocturne.

Il n'a jamais voulu se soumettre à un cathétérisme régulier.

A son entrée, 20 mars 1890, accidents prostatiques aigus, rétention absolue avec impossibilité du cathétérisme, fièvre, état général mauvais.

M. Poncet, n'arrivant pas à passer la sonde (le malade supporte très mal le cathétérisme), pratique la cystostomie.

Amélioration post-opératoire passagère, fièvre persistante.

Les jours suivants, les malaises généraux reparaissent.

Mort le 21 mai. Autopsie impossible.

OBSERVATION XLIX (th. Bonan). — *Troubles urinaires remontant à plusieurs années. — Accidents graves d'intoxication urinaire. — Cathétérisme quotidien devenu intolérable, puis impossible. — Cystostomie. — Oblitération du méat.*

C... G., soixante-sept ans, entré pour accidents urinaires le 25 avril 1892.

Troubles urinaires remontant à dix ans. Rétention brusque en 1882. Depuis, cathétérismes quotidiens répétés.

Depuis six ans douleurs vives et cuisantes localisées au bas-ventre. A plusieurs reprises hématuries qui en 1887 furent si intenses qu'elles amenèrent chez lui une sorte de cachexie. Depuis, cette hématurie s'est reproduite. Jamais de graviers dans les urines.

Urines épaisses, troubles, ammoniacales. Douleurs vives dans le bas-ventre.

Vu le mauvais état général, la cachexie progressivement menaçant, l'affaiblissement des forces les urétrorragies favorisées par le cathétérisme devenu très fréquent, et les accidents marqués de cystite, on pratique la cystostomie le 26 avril 1892.

La cicatrisation de la plaie a été longue à cause de l'épaisseur considérable de la paroi abdominale qui s'est sphacélée autour des points de suture.

4 mars 1894. — Le méat s'est fermé peu à peu après s'être maintenu pendant huit mois. Jamais la miction ne s'est spontanée-

ment rétablie par la verge; le malade est forcé de recourir au cathétérisme régulier.

Depuis réapparition des symptômes d'empoisonnement urinaire chronique.

OBSERVATION L (th. Bonan). — *Cystostomie sus-pubienne pour cystite purulente chez un vieux prostatique qui est dans la nécessité de se sonder au moins toutes les demi-heures et alors que le cathétérisme est parfois difficile.*

M..., soixante-quinze ans, très amaigri par des troubles urinaires remontant à de longues années. Cathétérisme difficile, très fréquent (toutes les demi-heures.)

Prostate énorme.

Cystostomie le 2 avril 1890.

Il s'écoule de la vessie un liquide purulent, fétide, d'odeur ammoniacale, avec des fausses membranes.

Mort le 4 avril.

Autopsie. — Pyélonéphrite suppurée.

OBSERVATION LI (th. Bonan). — *Cystostomie pour rétention d'origine prostatique, cathétérisme tenté inutilement la veille et accompagné d'urétrorragie. — Urines ammoniacales.*

G. G..., soixante-treize ans, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.

Cystostomie le 15 avril 1890.

Issue d'un énorme jet d'urine projeté au delà du genou.

Urines ammoniacales.

Mort le 19 avril. — Autopsie impossible.

OBSERVATION LII (th. Bonan). — *Cystostomie pratiquée chez un vieux prostatique atteint d'accidents suraigus de rétention avec fausses routes, urétrorragie et coma. — Guérison.*

P..., soixante-huit ans, envoyé par M. le Dr Preneux de Chaponost, pour être opéré par M. Poncet.

La première fois que M. Preneux a vu le malade, il l'a trouvé dans une situation grave ne pouvant passer que des sondes d'un très petit calibre. Quelque temps après le cathétérisme devint impossible, et, le malade étant dans le coma et n'ayant que quelques heures à vivre, dit M. Preneux, je l'envoyai à M. Poncet.

Le malade avait déjà eu plusieurs accès de rétention. Depuis, le cathétérisme était souvent nécessaire; le malade s'était fait des fausses routes et avait eu des urétrorragies.

Cystostomie (avril 1888).

Quelques jours après le malade voulut retourner dans sa famille et ne prit aucune précaution ni du côté de son canal ni de sa plaie vésicale.

Incontinent.

Il mourut en janvier 1890, avec de la cystite purulente.

OBSERVATION LIII (th. Bonan). — *Infection urinaire chronique.*
— *Rétention.* — *Phlegmon prévésical.* — *Cystostomie.*

H..., soixante-douze ans, amené à l'hôpital de la Croix-Rousse, avec une rétention absolue et un état général grave, le 29 avril 1892.

Depuis longtemps dysurie qu'il combattait à l'aide d'un long fil de fer terminé par une sorte de bouton en os.

A son entrée, état général grave. Cathétérisme extrêmement difficile et douloureux et détermine des hémorragies. L'interne du service pratique d'urgence la ponction capillaire hypogastrique. Urine horriblement fétide et très trouble.

Le lendemain rétention aussi complète. Ecoulement purulent abondant et urétral faisant penser à une prostatite suppurée vidée dans l'urètre.

Cathétérisme très difficile ne pouvant être évacuateur, car l'urine s'écoulait très difficilement. Existence d'un corps étranger.

L'état général était des plus graves, M. Gangolphe se décide séance tenante à faire la cystostomie.

Coloration verte et gangreneuse du tissu cellulaire prévésical.

« *Tenant compte de l'état général du sujet, dit M. Gangolphe et des lésions locales, notamment de la gangrène du tissu*

cellulaire prévésical nous supposons que la mort surviendrait dans les vingt-quatre heures. »

Lavages abondants, deux fois par jour. Tubes de Perier maintenus pendant huit jours.

Le malade est toujours agité et délire, mais c'est un alcoolique.

Le 24 mai 1892, le malade va beaucoup mieux. Il répond bien aux questions qu'on lui pose, peut s'asseoir sur son lit et lire son journal.

« En résumé, la cystostomie a certainement préservé cet homme d'une mort imminente. »

Rétablissement des fonctions normales.

OBSERVATION LIV (th. Lagoutte). — *Prostatique avec rétention chronique et cachexie urinaire. — Cystostomie. — Incontinence partielle.*

L. G .., soixante-huit ans. Antécédents prostatiques depuis huit ans.

Obligé de recourir définitivement au cathétérisme depuis son dernier accès de rétention.

Depuis quinze mois, envies fréquentes d'uriner. 20 cathétérismes dans les vingt-quatre heures. Urines fétides ammoniacales, symptômes de cachexie urinaire.

M. Poncet appelé pratique la cystostomie le 27 mai 1892. La vessie était un véritable égout rempli de détritrus.

Suites excellentes. Reprise de la vie habituelle.

Incontinence à peu près complète.

17 novembre 1892. — M. Poncet retire 5 calculs.

La muqueuse est lisse et saine et ne présente plus ni fongosités ni ulcérations.

A la suite, incontinence partielle.

Chez ce malade, les phénomènes de cystite n'ont jamais complètement disparu. Chaque jour, lavage soigné de la vessie.

Malade revu en octobre 1894, revenant de la campagne, où il avait engraisé de 5 kilogrammes.

OBSERVATION LV (th. Lagoutte). — *Rétention prostatique. — Ponction. Infiltration urinaire consécutive. — Cystostomie.*

M. M..., soixante-trois ans. Depuis trois ans, cathétérisme tous les soirs avant de se coucher.

Il y a trois jours, rétention brusque; le malade ne peut se sonder.

Un médecin appelé fait une fausse route. Trois ponctions.

Lorsque M. Poncet vit le malade, le 17 juin 1892, le ventre était un peu ballonné, surtout au-dessus du pubis, avec empatement. Pas de vomissements.

Malade anxieux, langue sèche, température, 38°5.

Cystostomie. Issue en abondance d'urines ammoniacales infiltrées dans le tissu cellulaire prévésical.

On enlève 3 calculs phosphatiques.

Après avoir présenté un état général mauvais, le malade voit sa santé s'améliorer de jour en jour.

4 juillet. — Le malade va très bien.

Deux mois après, oblitération du méat. Mais aussitôt phénomènes de cystite et d'empoisonnement urinaire.

Cachexie progressive et mort.

OBSERVATION LVI (th. Lagoutte). — *Cystostomie sus-pubienne pour cystite infectieuse chez un prostatique déjà atteint d'infection urinaire chronique.*

M. B..., soixante-quinze ans. Troubles de la miction depuis deux ans.

Malade très affaibli.

Le 22 octobre, rétention d'urine. Pendant les trois premiers jours, cathétérisme et soulagement bien net.

Le 25 octobre, envies plus fréquentes d'uriner. Dysurie. Ténésme.

Les jours suivants, douleurs continuelles. Accès paroxystiques.

Cathétérisme douloureux et mal supporté.

1^{er} novembre. — Injection de XV à XX gouttes de nitrate d'argent à 1/50. Le malade urine seul.

2 novembre. — Face pâle, décolorée, œil vitreux. Urines troubles très ammoniacales. Cystostomie.

3 novembre. — Cystalgie disparue, mais état général grave.

6 novembre. — Mort causée par les accidents d'empoisonnement urinaires.

OBSERVATION LVII (th. Lagoutte). — *Empoisonnement urinaire chronique. — Diabète. — Cystostomie. — Mort d'érysipèle.*

S. P..., soixante-dix-huit ans. Troubles de la miction depuis plusieurs années.

Obligé d'avoir de temps à autre recours à la sonde.

Depuis un mois, cystite intense. Urines purulentes, langue sèche, anorexie. Pas de fièvre. Diabétique.

Les premiers jours, le cathétérisme est assez facile.

25 novembre. — Fausse route et hémorragie. Etat général très mauvais. Cystostomie par M. le Dr Orceel.

27 décembre. — Erysipèle occupant tout le dos.

31 décembre. — Mort.

Autopsie. — Fausse route dans la région bulbaire. Cystite purulente. Pyélonéphrite suppurée.

OBSERVATION LVIII (th. Lagoutte). — *Infection urinaire chronique. — Difficultés du cathétérisme. — Ponctions. — Cystotomie. — Mort.*

J.-B. F..., soixante-quatorze ans, entré le 15 juillet 1893, hôpital de la Pitié, service de M. Reclus.

Troubles urinaires en 1888, améliorés par un traitement suivi à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

Depuis, premier accès de rétention, en janvier 1891, qui cède en deux ou trois jours, et deuxième accès, le 12 juillet, qui amène le malade à l'hôpital, avec des fausses routes dues à des tentatives infructueuses de cathétérisme.

M. Reclus parvient à passer une sonde à bécuille n° 17 qui est laissée à demeure. Lavages réguliers.

23 juillet. — On enlève la sonde pour la nettoyer et on passe des Béniqué 31 et 32.

25 juillet. — Nouvelle exploration avec les Béniqué, mais à la suite, il est impossible de remplacer la sonde à demeure. Le soir à 2 heures, nouvelle tentative infructueuse. Ponction de la vessie.

27 juillet. — M. Reclus essaye sans résultat de remplacer la sonde, nouvelle ponction qui donne 1800 grammes d'urine fétide, état général grave.

28 juillet. — Même état. Nouvelle ponction. Température, 38°3.

29 juillet. — M. Poncet pratique la cystostomie. La paroi abdominale est infiltrée de produits inflammatoires indiquant la formation d'un phlegmon prévésical.

La vessie est remplie d'urines purulentes horriblement fétides.

Le lendemain, le malade paraît en voie d'amélioration ; la température revient à la normale.

Mais les jours suivants, les symptômes d'empoisonnement urinaires continuent à évoluer, la température remonte, l'auscultation donne des signes de broncho-pneumonie. Enfin, le 4 août, le malade meurt.

Autopsie. — L'urètre présente deux fausses routes en arrière de la symphyse pubienne. Vessie à colonnes.

Uréters légèrement dilatés à la partie inférieure

Reins remplis de petits abcès miliaires.

OBSERVATION LIX (th. Lagoutte, résumée). — *Prostatique.* —

Fièvre urineuse. — *Grandes difficultés du cathétérisme.*

— *Cystostomie.* — *Résultats après quatorze mois.*

M. M..., soixante-cinq ans, atteint depuis longtemps d'accidents vésicaux, fut pris le 13 septembre 1891 de rétention à peu près complète. M. Hartman appelé ne pratique pas de cathétérisme.

Le 25 septembre, nouvelle rétention. Le cathétérisme étant très difficile, M. Hartman laisse une sonde à demeure. Amélioration.

Le 9 octobre, le cathétérisme étant devenu des plus faciles, on engage le malade à se sonder lui-même et on ne laisse la sonde à demeure que la nuit.

Le 11 octobre, à 10 heures du soir, onze heures après une miction spontanée, le malade est pris d'un grand accès avec frissons, chaleur, sueur. Température, 40°5.

Le 12 octobre, la température, le matin de 37 degrés, remonte le soir à 38 degrés pour tomber ensuite à la normale.

Le 18 novembre, le malade ayant uriné sans sonde est pris de nouveau d'un grand accès urinaire.

Le malade continue à se sonder jusqu'au 30 mars 1893, où le cathétérisme devenant impossible, le malade se présente à M. Hartman qui, parvenant dans la vessie après avoir éprouvé les plus grandes difficultés, laisse la sonde à demeure.

La sonde à demeure est continuée jusqu'au 18 mai, où M. Guyon au moment de l'ablation de la sonde passe facilement avec une sonde anglaise à grande courbure. La cystostomie que l'on avait agitée est alors laissée de côté, à moins d'accidents imprévus.

Deux heures après la consultation, le malade est pris d'un vif besoin d'uriner. On est obligé de recourir au cathétérisme avec les mêmes manœuvres qu'antérieurement. Le soir il est pris d'un grand accès urineux qui le jette très bas, affaibli déjà par deux mois d'alitement.

La cystostomie est décidée et pratiquée le 28 mai.

Suites bonnes. Guérison rapide.

Petits accidents de cystite ayant cédé à l'instillation du nitrate d'argent à 1/100.

De temps à autre, dilatation du nouveau canal avec une tige de laminaire.

Quatorze mois après, le malade va très bien et a repris complètement depuis un an ses occupations antérieures. La nuit il garde facilement ses urines; le jour, il ne sait au juste comment l'urine passe, ayant constamment un appareil devant sa fistule. La prostate est toujours énorme et le cathétérisme par l'urètre est impossible.

OBSERVATION LX (Routier, *Société de chirurgie*). — *Infection chronique. — Rétention aiguë.*

D. H., entré à Necker, le 5 mars 1894.

Accidents urinaires remontant à plus de cinq ans et auxquels il remédie en se sondant lui-même. Ces jours derniers la sonde n'a plus pu passer et il urine par rengorgement.

La prostate est énorme, on ne peut passer qu'une bougie filiforme qui favorise la miction pendant quelques jours.

L'urine est rouge et purulente, l'état général mauvais se gâte de jour en jour. Cystostomie le 20 mars.

Dès le lendemain congestion pulmonaire intense et mort trois jours après.

Je suis convaincu, dit M. Routier, qu'avec ou sans intervention, la terminaison eût été la même et dans le même délai.

OBSERVATION LXI (Routier, *Société de chirurgie*). — *Rétention aiguë. — Intoxication progressive*

Homme de soixante-cinq ans, atteint de troubles urinaires depuis douze ans, a eu à plusieurs reprises des attaques de rétention. C'est pour la dernière qu'il rentre à la salle Civiale, le 28 mars.

Il fut traité par le cathétérisme ; mais malgré tout les mictions restaient fréquentes et incomplètes. Il ne vidait pas sa vessie et l'urine restait ammoniacale et purulente.

Accès de fièvre fréquents, pas d'amélioration produite par la sonde à demeure et les lavages. L'état du malade s'aggravait de jour en jour. Il allait certainement nous glisser entre les mains, lorsque je résolus le 7 juin de faire la cystostomie.

Cinq jours après son état général se relevait, et il a pu quitter le service en parfait état avec une sonde de Nélaton.

Je n'hésite pas à affirmer, ajoute M. Rouvier, que la cystostomie l'a sauvé.

OBSERVATION LXII (*in thèse Vignard*). — *Cystite intense. — Douleurs atroces. — Cystostomie.*

X..., soixante-dix ans, prostatique. Entre à l'hôpital en proie à une cystite intense. Les douleurs atroces qu'il éprouve le mettent dans un état d'excitation excessive. Il a de véritables crises quand on lui passe la sonde. Il ne veut pas supporter la sonde à demeure. On pratique la cystostomie sus-pubienne. Résultat immédiat excellent. Les douleurs cessèrent, le calme revint. Les accidents d'infection urinaires n'en continuèrent pas moins et le malade mourut au bout de quelques semaines.

OBSERVATION LXIII (*in th. Vignard*).

C..., soixante-sept ans, soigné à plusieurs reprises pour calculs.

En janvier 1890, *symptômes de cystite intense*. Médication générale. Son état s'aggrave. Il entre à Necker au mois d'avril 1890 en proie à une rétention d'urine.

M. Schwartz pratique la cystostomie d'urgence.

Résultats immédiats excellents, la douleur disparaît, l'état général se relève et le malade sort en bonne santé avec un urinal.

OBSERVATION LXIV (*in th. Auneau*). — *Rétention. — Cathétérisme difficile et devant être souvent répété. — Cystostomie. — Guérison.*

C. C..., soixante-cinq ans. Troubles urinaires datant de sept ans.

Depuis 1886 a eu trois accès de rétention qui ont été traités par des cathétérismes et des lavages.

Entre en février 1884 à la maison Dubois pour un nouvel accès de rétention. Etat général médiocre.

Les mictions sont fréquentes, tous les trois quarts d'heures, malgré les cathétérismes et les lavages, le cathétérisme est difficile.

Cet état ne s'améliorant pas, cystostomie le 5 juillet par M. Second.

Au bout de huit jours; amélioration notable, les fils sont enlevés.

OBSERVATION LXV (*in th.* Auneau). — *Rétention complète chronique.* — *Cystite purulente.* — *Cystostomie.* — *Mort.*

D. J., entre à la Pitié le 5 décembre 1893 pour accidents urinaires avancés.

Rétention complète. Vessie distendue.

Cathétérisme facile quoique douloureux. Prostate énorme.

On place une sonde à demeure qui laisse passer une abondante quantité d'urine trouble. L'état du malade s'aggravant, on enlève la sonde à demeure au bout de trois jours et M. Lejars pratique la cystostomie.

L'incision de la vessie donne issue à une grande quantité de pus. Lavages boriqués.

Grands lavages les jours suivants. Le pus diminue, mais l'état du malade ne s'améliore pas.

Mort le 19 décembre.

Autopsie. — La muqueuse de la vessie est tomenteuse et toute infiltrée de pus. Reins petits. Calices et bassinets remplis de pus.

OBSERVATION LXVI. — *Rétention complète.* — *Incontinence par regorgement.* — *Empoisonnement grave.* — *Cystostomie.* — *Mort.*

M. J., soixante-trois ans, employé de commerce, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, le 18 mars 1895, avec une rétention complète d'urine et de l'incontinence par regorgement.

Les troubles de la miction remontent à deux ans. D'abord mictions fréquentes et laborieuses, puis rétention complète. Depuis un an, cathétérisme quotidien pour vider sa vessie.

Il y a huit jours, accès de rétention. Le malade n'ayant pu se sonder urine par regorgement.

A l'entrée vessie remontant jusqu'à l'ombilic. Le cathétérisme est rendu assez difficile au niveau de la portion prostatique proéminente en avant par hypertrophie surtout du lobe médian ainsi qu'on peut s'en assurer par le toucher rectal. Les urines sont absolument laiteuses et fétides. Le cathétérisme douloureux provoque une assez notable hémorragie, bien qu'on ait eu soin d'évacuer lentement et progressivement la vessie.

Etat général très mauvais ; le malade a de la fièvre chaque soir ; langue rôtie et dysphagie buccale. Pourtant, pas de signes d'infection rénale ascendante. Les urines décantées sont relativement claires au-dessus de la zone du dépôt purulent. Pas de douleur sur le trajet des uretères. Pas de ballonnement ni d'empatement dans les loges rénales.

En présence de cet état grave, M. Rollet pratique la cystostomie sus-pubienne le 20 mars.

Opération simple, sans incidents. L'urine émise dans la journée est très sanguinolente, et, dans la nuit qui suit l'opération, le malade a une véritable hémorragie vésicale, arrêtée d'ailleurs spontanément.

Grands lavages journaliers de la vessie, sans que l'on arrive pourtant à éclaircir les liquides ramenés de la cavité vésicale.

24 mars. — Le malade est constamment assoupi et présente des vomissements incoercibles. Pas de Cheyne-Stokes. Pouls ralenti. Température abaissée.

Le malade est très faible.

Il meurt le 26 mars.

Autopsie. — Plaie hypogastrique non décollée. Thrombose des plexus veineux prévésicaux. Parois vésicales épaisses et colonnes assez accentuées. Hypertrophie notable du lobe médian. Muqueuse vésicale tomenteuse et rougeâtre est tapissée de muco-pus. Les reins sont un peu gros et blanchâtres, les bassinets ne contiennent pas de pus, Congestion hypostatique des bases,

OBSERVATION LXVII, inédite. (Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 2^e classe Sieur.) — *Cystostomie sus-pubienne chez un prostatique atteint de rétention aiguë d'urine avec menaces d'accidents infectieux. — Mort.*

X, quatre-vingts ans, souffre d'accidents urinaires depuis longtemps. Depuis cinq ans, n'urine plus seul et est obligé de se sonder plusieurs fois par jour avec une sonde semi-rigide en caoutchouc.

Etat général assez satisfaisant, sujet maigre. A eu depuis quinze jours une bronchite qui l'a beaucoup affaibli et vient de faire des marches longues et pénibles.

Le 31 septembre 1894 au soir, sans cause appréciable, X n'a pu se sonder. La nuit suivante et toute la journée du 1^{er} novembre il prend des boissons diurétiques qui ne font qu'augmenter la tension de la vessie et causer des douleurs intolérables aggravées encore par des tentatives réitérées de cathétérisme. Ces dernières, faites à l'aide d'une sonde éraillée, provoquent une légère hématurie urétrale.

Le 2 novembre à 6 heures du matin, soit trente-six heures après le début des accidents, deux de nos confrères mandés auprès du malade, font avec la plus grande prudence des tentatives de cathétérisme avec des sondes de divers modèles montées sur bougies conductrices et ne peuvent arriver à pénétrer dans la vessie.

Appelé nous-même auprès du malade, nous le trouvons abattu, anxieux, la peau chaude et le ventre tendu par la présence du globe vésical qui remonte presque à l'ombilic. *Toute idée d'intervention immédiate ayant été rejetée par la famille*, on fait une ponction de la vessie en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques utilisées en pareil cas, et avec le plus fin trocart de la boîte de Potain. Issue de 1200 à 1400 grammes d'urine trouble et ammoniacale.

Dans la journée, calme relatif, mais inappétence, langue sèche,

peau chaude ; sensibilité notable du ventre et *pression douloureuse dans la région sus-pubienne*.

A 5 heures du soir, nouvelle ponction qui permet de retirer 1 litre d'urine plus trouble encore que celle retirée le matin, et d'odeur ammoniacale. Une nouvelle tentative de cathétérisme faite avec soin n'est suivie d'aucun effet. Nuit calme.

Le lendemain, 3 novembre 1894, le malade paraissant s'affaiblir notablement, on se décide à intervenir.

L'opération est pratiquée dans la soirée avec le bienveillant concours de M. le médecin principal Viry et de nos collègues MM. Rioblanc, Benoit et Janot.

Incision médiane de 8 centimètres commençant immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. Arrivé sur le tissu sous-péritonéal et rétro-pubien, nous le trouvons *infiltré* par un épanchement urinaire de teinte grise et d'odeur fortement ammoniacale. Cet épanchement provient du suintement qui s'est produit à la suite des deux ponctions pratiquées sur une vessie altérée depuis longtemps. Du reste, la preuve de ce suintement nous est fournie par le fait suivant : un gros fil de catgut en anse ayant été passé dans la paroi vésicale pour soutenir cette dernière et faciliter son ouverture et sa suture à la paroi, nous voyons sourdre l'urine de chaque côté du fil.

Le cul-de-sac péritonéal ayant été refoulé en haut et fixé par un tampon maintenu par un aide, la vessie est ouverte sur une étendue de 2 centimètres et fixée à la paroi abdominale par huit points de suture métallique. Le doigt enfoncé vers le col sent à son niveau un lobe prostatique énorme du volume d'une grosse châtaigne légèrement mobile et fermant comme un clapet l'entrée du canal de l'urètre.

Lavage boriqué de la cavité vésicale, désinfection soignée du pourtour de la plaie, et pansement à la vaseline antiseptique et à la gaze iodoformée.

L'opération n'a pas duré une demi-heure et a été faite à la cocaïne.

Amélioration immédiate assez notable. Malheureusement dès le lendemain les phénomènes fébriles dus à l'intoxication urinaire se

sont produits à nouveau, et, vu le grand âge de l'opéré, ont amené la mort au bout de trente-six heures.

Il nous semble que le résultat eût été tout autre :

1° Si le malade n'avait pas attendu trente-six heures avant de réclamer des secours médicaux.

2° Si l'on avait pu pratiquer d'emblée la cystostomie.

La ponction vésicale n'a fait qu'aggraver les phénomènes d'infection en amenant la filtration d'une urine septique dans le tissu cellulaire prévésical.

OBSERVATION LXVIII (Legueu, *Gaz. hebdomadaire*, 1893). — *Cancer de la prostate. — Cystostomie. — Amélioration.*

X..., soixante et un ans, entre à la clinique de Necker, en février 1893.

Depuis quatre mois sensation de brûlure pendant la miction et la défécation. Pollakiurie, hématurie.

Le canal est libre, mais la prostate est irrégulière et saigne au passage d'une sonde n° 18. La vessie ne se vide pas ; la prostate est énorme, dure en certains points, ramollie en d'autres.

La sonde détermine des hémorragies, la sonde à demeure n'est pas supportée.

Cystostomie le 14 mars. Cancer de la prostate ayant atteint le bas-fond de la vessie. Une sonde de Pezzer et mise à demeure.

Au bout de quelques jours le malade se lève. Les envies fréquentes d'uriner et les douleurs intenses ont disparu. Le malade est infiniment soulagé.

Il reste trois mois dans le service, puis l'appétit diminue, les forces baissent et le malade se sentant perdu rentre chez lui.

Les productions néoplasiques ne se sont pas étendues vers la plaie opératoire.

OBSERVATION LXIX (*in th.* Paul).

X..., soixante-cinq ans, entre le 23 février 1894 dans le service de M. A. Pollosson, suppléé par M. le Dr Tellier.

Rétention d'urine datant de vingt-quatre heures, état général grave. Température 39°,8. Subdélirium.

Depuis quelques mois mictions fréquentes, urines troubles, jamais d'hématurie.

Prostate énorme, vessie distendue. Douleurs intenses.

Par le cathétérisme, émission de 100 grammes d'urine absolument trouble et fétide.

On pense à une hypertrophie de la prostate, et on pratique la cystostomie. Vessie petite ; on sent au niveau de la base une tumeur du volume d'un œuf, assez dure, sensible et saignant facilement.

Le soir même les douleurs ont disparu, la température s'abaisse. Mais dès le lendemain la température remonte et le malade meurt quarante-huit heures après sans souffrance.

OBSERVATION LXX (*in th.* Paul, résumée). — *Cancer de la prostate et du bas-fond vésical.* — *Cystostomie sus-pubienne.* — *Mort d'urémie.*

M. X..., cinquante-huit ans, atteint depuis quinze ans de troubles urinaires symptomatiques de rétrécissement de l'urètre.

Il y a trois ans, hématurie. Depuis hématuries de temps à autre.

Depuis quelques mois, l'état local des voies urinaires s'est aggravé, en même temps que l'état général est devenu mauvais.

Depuis quelques semaines, les urines quoique claires sont devenues d'une fétidité repoussante et les mictions beaucoup plus fréquentes et douloureuses. Les sondages sont très douloureux et laissent après eux des sensations horriblement pénibles.

Le malade se plaignait en outre à chaque effort de miction de l'expulsion par l'anus de gaz et de glaires fétides.

Lorsque M. Poncet vit le malade pour la première fois le 12 décembre 1894, il ne put que confirmer le diagnostic porté par son ami M. le Dr Second.

Les urines avaient une odeur fécaloïde des plus prononcées, sans qu'elles aient contenu des matières fécales. Au toucher rectal

prostate énorme d'une dureté néoplasique. Cancer de la prostate.
Pas de communication entre la vessie et le rectum.

En outre, depuis quelques jours, signes de dépuración rénale insuffisante.

L'insuffisance des moyens jusqu'alors employés, l'aggravation de l'état général et surtout des douleurs atroces que rien ne pouvait calmer et que provoquait l'existence dans la vessie d'une faible quantité d'urine, constituaient une indication de premier ordre, d'une intervention chirurgicale qui, bien entendu ne pouvait être que palliative et qui devait avoir pour but en mettant la vessie au repos, d'assurer sans douleur l'évacuation de l'urine.

Cystostomie sus-pubienne pratiquée par M. Second, assisté de M. Poncet, le 15 novembre.

Néoplasme squirrheux de la prostate et du bas-fond de la vessie.

Suites de l'opération des plus simples. Soulagement immédiat.
Mais urines toujours fétides.

La nuit qui suivit fut excellente; mais dans la nuit du 16 au 17, troubles urémiques qui allèrent en augmentant et le malade mourut le 18 novembre.

OBSERVATION LXXI (Dr Audry, *Gaz. hebd.*, 1893). — *Adénome inopérable de la vessie. — Cystostomie sus-pubienne.*

X..., cinquante-six ans, éprouva il y a trois ans, des douleurs de reins et des besoins fréquents d'uriner. En même temps il eut une hématurie. Depuis hématuries intermittentes. Les phénomènes devinrent progressivement plus intenses, les mictions sanglantes plus fréquentes et plus abondantes. Le malade pâlit et s'affaiblit.

La sonde de Guyon introduite facilement dans la vessie donne une sensation fugitive de gravier. Le malade expulse une certaine quantité d'urines sanglantes en totalité et l'œil de la sonde ramène quelque débris de tissu conjonctif.

Les douleurs sont violentes pendant la miction et l'exploration. Outre le sang, l'urine contient du pus en abondance.

On considère que l'indication est formelle d'ouvrir la vessie et on pratique aussitôt la cystostomie.

On a à faire à un adénome inopérable.

Les suites opératoires furent très simples, mais jamais l'urine ne voulut sortir par l'urètre.

Six semaines plus tard, le malade ne perd plus une goutte d'urine. Tout sort par la sonde de Pezzer introduite dans le méat sus-pubien.

Amélioration considérable. Plus de douleurs, plus d'hématuries ; le malade est à peine reconnaissable.

OBSERVATION LXXII. — *Tumeur de la vessie. — Hématuries abondantes. — Douleurs intolérables. — Cystostomie. — Mort.*

P. J.... soixante-neuf ans. Instituteur. Entré à l'Hôtel-Dieu le 20 septembre 1895.

Début des troubles urinaires il y a trois ou quatre ans, par de fréquentes envies d'uriner, envies impérieuses se faisant sentir surtout la nuit. Les urines étaient troubles.

Il y a dix mois, le malade eut pour la première fois des hématuries. Elles durèrent pendant quatre mois environ. Elles étaient intermittentes. Légères au début, et se traduisant par une petite quantité de sang, émis à la fin de la miction, elles devinrent ensuite très abondantes, et les urines présentèrent une teinte rouge uniforme.

Depuis deux mois, nouvelles hématuries plus fréquentes et plus abondantes que les premières. Le malade ressentait pendant la miction et surtout à la fin des douleurs atroces se traduisant par une sensation de brûlure dans la verge avec irradiations dans les cuisses et le périnée.

Les mictions sont nombreuses et ne donnent lieu après beaucoup d'efforts qu'à l'évacuation d'une faible quantité d'urine.

A son entrée à l'hôpital, l'aspect général du malade est très mauvais. Il est très affaibli, présente un teint cachectique et paraît souffrir horriblement. Une sonde à bécquille pénètre très facilement dans la vessie et donne issue à une faible quantité d'urines teintées

de sang. Le toucher rectal fait sentir une prostate un peu grosse, mais lisse et sans bosselures.

En raison des douleurs atroces qui accompagnent chaque miction en présence des hématuries abondantes et continuelles, la cystostomie apparaît comme le seul moyen capable d'apporter une amélioration passagère ou au moins de calmer ses douleurs. M. Curtillet la pratique le 24 septembre.

L'incision de la vessie donne issue à une urine hématique mêlée de débris de tumeur, débris grisâtres d'aspect fongueux. La tumeur est implantée sur la paroi postérieure de la vessie et en partie sur les parties latérales. On enlève la plus grande partie de la tumeur avec la curette tranchante.

Suture de la vessie à la peau. On met une mèche de gaze iodoformée.

Le soir de l'opération, soulagement notable.

Le malade est cependant abattu. Ses urines sont en petite quantité et teintées de sang. On enlève la mèche de gaze iodoformée qui était dans la vessie.

25 septembre. — Les douleurs reparaissent, les urines sont hématiques. Le malade est apathique, les extrémités sont froides. Température 36 degrés.

Mort dans le coma.

OBSERVATION LXXIII (th. Poullain, résumée). — *Rétention aiguë d'urine putride. — Rétrécissement infranchissable de l'urètre. — Cystostomie sus-pubienne deux jours après urétréctomie avec urétroplastie immédiate. — Guérison.*

P. E..., trente-sept ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 août 1894. Première blennorragie à l'âge de quatorze ans. Depuis cette époque le canal n'a jamais cessé de couler plus ou moins. Depuis l'âge de vingt-quatre ans signes de rétrécissement de l'urètre.

A déjà été sondé pour rétention passagère.

Entré d'urgence en état de rétention aiguë. Il a été visité en ville par un médecin qui n'a pu le sonder, écoulement sanguin

après ces tentatives. L'interne essaye en vain de passer avec la sonde n° 7 et les bougies nos 4 et 5. La verge est tuméfiée, depuis la veille au dire du malade, écoulement séro-sanguinolent. Le malade émet par regorgement quelques gouttes d'urines putrides ammoniacales. Douleurs intenses. Etat général médiocre. Température peu élevée.

Opération d'urgence à 9 heures du soir. M. Rollet sonde le malade et constate une fausse route; urétrorragie. Cystostomie. Adhérence du péritoine à la symphyse. L'incision de la vessie donne issue à plus d'1 litre d'urine fétide trouble.

Traitement consécutif. Lavages. Salol.

11 août. — Opération pour la reconstitution du canal, difficile. Le canal n'est pas reconnaissable, les tissus sont en bouillie. Uretrectomie avec urétroplastie.

17 septembre. — Fistule sus-pubienne fermée depuis une dizaine de jours, fistule périnéale fermée depuis deux jours. Etat général excellent.

10 octobre. — Etat général toujours bon. La fonction urinaire s'accomplit normalement et sans douleur aucune.

OBSERVATION LXIV (*in th.* Poullain; résumée). — *Infiltration d'urine à forme gangreneuse et gazeuse. — Grandes débridements multiples. — Cystostomie sus-pubienne. — Opération in extremis.*

C. J., cinquante-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 octobre 1894 dans le coma; la face est pâle, les extrémités refroidies, le tégument insensible.

Bourses énormes, rouges, une plaque gangreneuse verdâtre existait à leur face antérieure.

Périnée rouge, tuméfiée.

Dans les flancs, remontant de très haut de chaque côté de l'ombilic. Crépitation gazeuse très nette par la palpation.

Injectons sous-cutanées d'éther et de caféine, puis, sans anesthésie M. Rollet fend rapidement le scrotum en deux jusqu'aux

testicules : des tissus verdâtres incisés s'écoule une sérosité fétide.

Le périnée est fendu au bistouri jusqu'à l'urètre ; on touche ces tissus lardacés au thermocautère.

Débridements au-dessus de l'arcade crurale ; on en fait trois de chaque côté remontant très haut, puis on touche au thermocautère.

M. Rollet pratique alors rapidement la cystostomie sus-pubienne. Il s'écoule de la vessie des urines roussâtres d'odeur repoussante.

Pansement rapide.

Le malade meurt à 4 heures du soir le même jour.

OBSERVATION LXXV (D^r Adenot, *Mal. org. génito-ur.*, 1895) —

Rétrécissement de l'urètre compliquée d'infection urinaire.

— *Cystostomie. — Tumeur vésicale propagée à l'urètre.*

T. A., soixante-six ans, entre le 25 décembre 1894 à l'Hôtel-Dieu. Depuis trois ou quatre mois il éprouve des difficultés pour uriner. Le jet d'urine diminuait aussi de force en même temps que les mictions devenaient de plus en plus fréquentes indiquant une infection vésicale croissante. Pas d'hématurie antérieure.

Depuis quelque temps les urines sont purulentes. Il y a huit jours rétention complète et cathétérisme par un médecin qui eut les plus grandes difficultés à passer.

Etat général mauvais. Au toucher pas d'hypertrophie marquée de la prostate. Cathétérisme très difficile. Il existe dans la région membraneuse un rétrécissement qui paraît très serré mais pas absolument infranchissable.

On passe à grand'peine une sonde filiforme en gomme. Il s'écoule quelques gouttes d'urine très trouble. On retire cette sonde, mais il est impossible de la repasser. On pense à pratiquer une cystostomie, mais le malade se refuse à une intervention de ce genre.

Ponction aspiratrice ; les urines retirées sont très troubles.

Le lendemain, impossibilité du cathétérisme ; l'état général était excessivement grave et il semblait que la mort ne pût pas tarder à venir. M. le Dr Adenot pratique séance tenante la cystostomie.

L'exploration digitale de la vessie n'attira son attention sur aucune particularité.

29 décembre. — Etat général satisfaisant. Soulagement considérable. Les urines ont meilleur aspect.

8 janvier. — Etat général assez bon. Bien que les urines soient troubles, l'amélioration est progressive. Urétrotomie interne.

25 janvier. — Le malade se lève, se promène. Les urines sont claires, mais il ne pisse pas par le canal de l'urètre bien que la sonde de Nélaton de fort calibre passe très facilement.

5 mars. — Il persiste contrairement à l'intention de M. Adenot une fistule hypogastrique active fonctionnant comme un urètre sus pubien. Les urines sont retenues pendant près de trois heures. Pas de miction urétrale. Les cathétérismes par le canal provoquent l'expulsion de quelques gouttes de sang.

20 mars. — Douleurs vives dans la région urétrale profonde. Demi érection permanente.

Au toucher, noyau allongé le long de l'urètre. Sur le gland noyau violacé du volume d'un pois. M. Pollosson diagnostique une tumeur maligne développée dans le canal.

2 avril. — Tout cathétérisme par le canal est impossible depuis longtemps, car il détermine des hémorragies et des douleurs considérables.

Le malade se cachectise de plus en plus et meurt le 16 avril.

Autopsie. — Tumeur maligne développée dans tout le bas-fond de la vessie et ayant poussé un prolongement dans le canal de l'urètre jusqu'au gland.

OBSERVATION LXXVI (due à l'obligeance de M. le professeur Poncet). — *Cystotomie sus-pubienne d'urgence pour infection urinaire suraiguë compliquée de calculs résiduels.*

Le 8 novembre 1895, M. Poncet fut appelé dans une petite ville de l'Isère, auprès de M. B..., âgé de soixante-dix ans, qui, atteint depuis plusieurs années déjà de troubles urinaires d'origine pro-

statique, avait vu son état s'aggraver, surtout depuis trois ou quatre jours. M. Poncet trouva le malade présentant tous les signes d'une cystite infectieuse aiguë. Il était dans un état d'agitation extrême provoqué par des envies incessantes d'uriner, il poussait des gémissements continuels, et les cathétérismes qui avaient continué d'être pratiqués sans grande difficulté, n'avaient fait qu'exaspérer cet état horriblement douloureux. Par la palpation, on sentait la vessie dure, globuleuse, paraissant être au-dessus du pubis, dans un état spasmodique constant. La pression sur le globe vésical réveillait le spasme avec la douleur.

Le malade était dans un état de subdélirium à peu près constant, répondant à peine aux questions qu'on lui posait. La langue était sale, mais non sèche.

Quant à la température qui, ce jour-là, n'avait pas été prise, et alors que, comme le fait arrive souvent, la palpation de la peau n'aurait pu fournir aucune indication utile, la température rectale prise par M. Poncet était de 40°3.

En présence de cette situation, et quoique le cathétérisme fût possible, M. Poncet jugea la cystostomie urgente. Il la pratiqua le soir même à 8 heures, une heure après son arrivée en mettant à contribution l'arsenal d'un de ses confrères de la campagne.

Avec un bistouri, quelques pinces hémostatiques, une aiguille de Reverdin et quelques crins de Florence, il pratiqua rapidement la cystostomie sous le chloroforme, assisté de ses distingués confrères, les D^{rs} Janin et Mansord, de Grand-Lemps.

L'opération ne présenta aucun incident, mais lorsque dans la vessie ouverte, M. Poncet introduisit l'index de la main gauche, il sentit plusieurs calculs volumineux qui avaient jusqu'alors passé inaperçus, malgré des explorations faites autrefois de la vessie, alors que des hématuries et certains troubles vésicaux devaient, en dehors du prostatisme, laisser supposer l'existence de calculs.

N'ayant sous la main que des pinces hémostatiques et pas de pince à tenettes, il fut d'abord fort embarrassé pour les extraire. Il y parvint cependant à l'aide d'une cuillère à café dont il recourba le manche et qui lui servit de curette mousse. Il amena

ainsi au dehors 5 calculs lisses d'acide urique avec facettes, ressemblant à des dés à jouer, et chacun du volume d'une grosse noisette.

Ces pierres occupaient le bas-fond vésical qui n'était cependant pas d'une profondeur exceptionnelle.

Amélioration pendant quelques jours après l'opération. Mais bientôt les symptômes de septicémie réapparaissent et le malade meurt le 22 novembre.

CONCLUSIONS

La cystostomie sus-pubienne, c'est-à-dire la création méthodique d'un méat hypogastrique (opération de Poncet) est le plus souvent, d'après l'analyse des observations qui ont été publiées une opération d'urgence.

Elle trouve le plus communément ses indications dans les accidents graves du prostatisme, pour lesquels dès le début, M. Poncet l'avait plus particulièrement proposée. Mais elle a rendu de grands services dans d'autres états pathologiques des voies urinaires.

L'urgence de la cystostomie découle chez les prostatiques de deux ordres d'accidents parfois isolés, mais souvent aussi réunis : rétention avec impossibilité ou dangers du cathétérisme, infection urinaire grave devant être considérée comme mettant à brève échéance les jours du malade en danger.

Nous avons réuni dans notre travail 68 observations de cystostomie d'urgence chez les prostatiques. L'opération a été pratiquée 23 fois chez des rétentionnistes aseptiques ou tout au moins indemnes d'infection urinaire proprement dite. Tous ces malades ont guéri.

J. F.

Dans 4 cas on s'est trouvé en présence d'une infection urinaire suraiguë: les 4 malades sont morts, emportés à n'en pas douter par les lésions urinaires préexistantes.

Parmi les 18 malades opérés pour infection aiguë, 5 sont morts.

Chez 21 prostatiques chroniques, malades chez lesquels, comme on le sait, les lésions rénales sont particulièrement fréquentes, nous relevons après la cystostomie 9 guérisons et 12 morts.

La cystostomie d'urgence est une opération d'une bénignité que l'on peut appeler complète. Parmi les malades, en effet, qui ont succombé après l'opération, les observations démontrent qu'il n'en est aucun, chez qui la mort puisse être attribuée à cette intervention. Pratiquée souvent trop tard, elle n'a pu comme dans les cystites infectieuses suraiguës provoquées surtout par la sonde à demeure enrayer l'infection urinaire, et constamment, lorsqu'on a pu pratiquer l'autopsie des prostatiques cystostomisés, on a trouvé dans l'état des voies urinaires supérieures, des uretères, des reins, l'explication des accidents mortels.

Dans les cas de rétrécissement de l'urètre ou de tumeurs inopérables de la vessie, l'opération de Poncet peut devenir urgente, soit par suite des causes mécaniques, soit par suite de causes générales liées à un état infectieux, soit, et particulièrement chez les cancéreux, par suite de complications telles que des hémorragies graves ou des douleurs atroces.

Dans 3 cas de rétrécissements compliqués où la cystostomie sus-pubienne était urgente (Rollet), on compte 2 guérisons et 1 mort. La mort est survenue chez un malade opéré *in extremis*.

5 cystostomies pratiquées d'urgence pour tumeur inopérable de la vessie ou cancer de la prostate ont donné 3 morts et 2 guérisons ou mieux améliorations réelles durant plusieurs mois.

La cystostomie sus-pubienne, comme toutes les opérations d'urgence, donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est plus hâtivement pratiquée. De même que dans la kélotomie pour hernie étranglée, le pronostic est subordonné à l'état de l'intestin et non à l'acte opératoire. Chez les cystostomisés le pronostic dépend, non pas de l'intervention, mais de la maladie existante, de l'état des voies urinaires et plus particulièrement de l'état des reins.

Seule la cystostomie sus-pubienne qui puise ses indications dans les contre-indications même des autres modes de traitement, permet de sauver un certain nombre de prostatiques (nous connaissons des survies de trois et quatre ans). Seule aussi dans les cas de tumeurs inopérables de la prostate, du bas fond vésical elle peut lutter efficacement contre des hémorragies graves, des douleurs parfois horribles, apporter enfin un soulagement réel à des urinaires si gravement atteints.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR :
LÉPINE

Vu, bon et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES.
J. RAULIN.

BIBLIOGRAPHIE

1889. Poncet, Lyon médical.
1890. Vignard, th. de Paris.
1891. Poncet, Mercredi médical, 4 novembre.
1892. — Congrès de chirurgie.
— — Bulletin médical, 6 avril.
— — Semaine médicale, p. 160.
— Bonan, Thèse de Lyon.
— Ogier, th. de Lyon.
— Tussau, Lyon médical.
1893 Poncet, Semaine médicale. Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne.
— Lejars, Semaine médicale. Cystostomie sus-pubienne et cystodrainage.
— Guillemot, Lyon médical, 2 novembre.
— Audry, Mercredi médical, 1^{er} novembre.
— Legueu, Gazette hebdomadaire, 26 août.
— Desnos, Ann. des mal. des org. gén.-ur., novembre.
— Rollet, Archives provinciales de chirurgie.
— Diday, Gazette hebdomadaire.
— Boutan, th. de Paris.

- 1894 Poncet, Gazette hebdomadaire. Indications de la cysto-
stomie chez les prostatiques atteints d'accidents urinares
graves.
- Curtillet, Gazette des hôpitaux.
 - Lagoutte, th. de Lyon.
 - — Gazette des hôpitaux.
 - Bull. de la Soc. de chir. séances des 17, 24 octobre et du
7 novembre.
 - Rollet, Lyon médical, 21 janvier.
 - Poullain, th. de Lyon.
 - Paul, th. de Lyon.
- 1895 Auneau, th. de Paris.
- Debaissieux, Ann. des mal. des org. gén.-ur., janvier.
 - Adenot, — — — juillet.
 - Guyon et Michon, — — — mai,
- Forgues et Reclus, Traité de thérapeutique chirurgicale.
- Rochet, Chirurgie de l'urètre de la vessie et de la prostate.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Indications de la cystostomie sus-pu-	
bienne d'urgence.	13
I. Hypertrophie et cancer	14
A. — Hypertrophie de la prostate	14
B. — Cancer de la prostate	23
II. Tumeurs inopérables de la vessie.	24
III. Rétrécissements de l'urètre	25
CHAPITRE II. — Mode d'action de la cystostomie	27
CHAPITRE III. — Procédés employés avant la cystostomie.	
Ponctions. — Sonde à demeure	32
CHAPITRE IV. — Exposé des observations.	36
I. Prostatiques.	37
II. Cancer de la prostate et tumeurs inopérables de la	
vessie	43
III. Rétrécissements compliqués de l'urètre.	43
OBSERVATIONS	45
CONCLUSIONS	97
BIBLIOGRAPHIE	101

